

LA DURÉE DE SURVIE DANS LE CANCER DU RECTUM

(A propos de 200 observations)

THÈSE

présentée et soutenue publiquement

le 21 Décembre 1964

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

par

BRODSCHII François-Paul

Ancien externe des Hôpitaux

né le 12 Avril 1938

à NANCY (Meurthe-et-Moselle)

UNIVERSITE DE NANCY
FACULTE DE MEDECINE

DOYEN : M. A. BEAU
ASSESSEUR : M. J. ROUSSEL

Doyens Honoraires :

MM. LUCIEN, Jacques PARISOT et P. SIMONIN.

Professeurs Honoraires :

MM. JACQUES, JEANDELIZE, SANTENOISE, CHAILLEY-BERT
HAMANT, BINET, MUTEL, MELNOTTE, FRANCK,
VERMELIN, GUILLEMIN, HOUPERT.

PROFESSEURS :

Anatomie	N
Anatomie pathologique	M. FLORENTIN
Chimie biologique	M. WOLFF
Bactériologie et parasitologie	M. HELLUY
Clinique Chirurgicale A	M. CHALNOT
Clinique Chirurgicale B	M. BODART
Clinique Dermato-syphiligraphique ...	M. BEUREY
Clinique Gynécologique	M. BERTRAND
Clinique Médicale A	M. HERBEUVAL
Clinique Médicale B	M. KISSEL
Clinique de Neurologie et psychiatrie ...	M. ARNOULD G.
Clinique de Pédiatrie et puériculture ...	M. NEIMANN
Clinique Obstétricale	M. HARTEMANN J.
Clinique Ophtalmologique	M. THOMAS
Clinique Oto-rhino-laryngologique	M. GRIMAUD
Clinique Rhumatologique	M. LOUYOT
Clinique Stomatologique	M. GOSSEREZ
Clinique de Pneumo-phtisiologie	M. LAMY
Clinique des Voies urinaires	N
Clinique de Neuro-chirurgie	M. LEPOIRE
Electro-radiologie clinique	M. ROUSSEL
Embryologie	M. DOLLANDER
Histologie	M. LEGAIT
Hydrologie thérapeutique et climatologique	N.
Chirurgie Infantile	M. BEAU

Hygiène et medecine sociale	M. SENAULT
Médecine légale	M. HEULLY
Medecine du travail et réadaptation ...	M. PIERQUIN
Pathologie chirurgicale	M. LOCHARD
Pathologie médicale	N
Physiologie	M. ARNOULD P.
Physio-pathologie respiratoire	M. SADOUL
Physique	M. BURG
Thérapeutique	M. FAIVRE
Séméiologie chirurgicale	M. SOMMELET

Professeurs à titre personnel

MM/ HARTEMANN Pierre, de LAVERGNE, BREHANT, DUREUX
RAUBER.

Professeurs sans chaire

MM. RICHON, CORDIER.

Agrégés pérennisés

Medecine	M. LARCAN
Obstétrique	M. RIBON

Maîtres de conférences agrégés

Anatomie	M. CAYOTTE
Carcinologie	M. CHARDOT
Chimie	M. PAYSANT
Chimie	M. NABET
Hématologie	M. STREIFF
Histologie	M. GRIGNON
Hygiène	M. DEBRY
Hygiène	M. FOLIGUET
Pathologie expérimentale	M. LACOSTE
Pharmacologie	M. LAMARCHE
Physique	M. MARTIN
Physiologie	M. BOULANGE
Physiologie	M. BOUVEROT
Physiologie	M. BOURA
Bactériologie	M. BURDIN
Electroradiologie	M. ANTOINE
Pédiatrie et puériculture	M. PIERSON
Pédiatrie et puériculture	M. MANCIAUX
Medecine	M. SCHMITT

Neurologie et psychiatrie	M. TRIDON
Médecine et thérapeutique	M. GAUCHER
Electroradiologie	Mme TREHEUX
Maladies infectieuses	N
Médecine légale	M. de REN
Médecine et thérapeutique	M. GRILLIAT
Médecine et thérapeutique	M. BABEAU
Médecine et thérapeutique	M. CUNY

Agrégés en exercice

Chirurgie	M. BENICHOUX
Chirurgie	M. MICHON J.
Chirurgie	M. GROSDIDIER
Chirurgie	M. PREVOT
Chirurgie	M. FRISCH
Médecine	M. GILGENKRANTZ
Médecine	M. HURIET
Médecine légale et médecine du travail	M. PERNOT
Neurologie et psychiatrie	M. LAXENAIRE
Ophtalmologie	M. ALGAN
Oto-rhino-laryngologie	M. WAYOFF
Urologie	M. GUILLEMIN

Chargés de cours

Cardiologie	M. FAIVRE
Chirurgie et orthopédie infantile	M. BEAU
Gériatrie	M. HERBEUVAL
Maladies mentales	M. HACQUARD
Médecine expérimentale	M. SADOUL

Agrégés libres

MM. ANDRE, ARNULF.

Secrétaire : M. SEUROT.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend ni les approuver, ni les imputer.

LA DURÉE DE SURVIE DANS LE CANCER DU RECTUM

(A propos de 200 observations)

THÈSE

présentée et soutenue publiquement

le 21 Décembre 1964

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

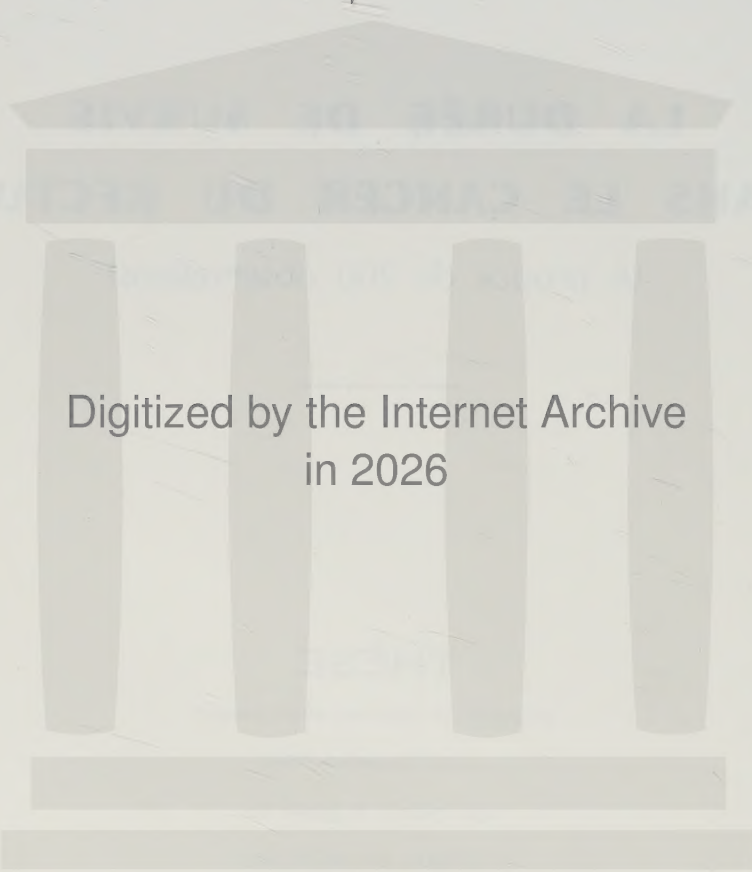
par

BRODSCHII François-Paul

Ancien externe des Hôpitaux

né le 12 Avril 1938

à NANCY (Meurthe-et-Moselle)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A NOTRE PRESIDENT DE THESE.

Monsieur le Professeur P. KISSEL.
Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine
de Nancy.
Médecin des Hôpitaux.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Nous lui dédions cette thèse en témoignage de gratitude pour
l'attitude qu'il eut vers nous au cours de nos années de fa-
culté. Son exemple est pour nous celui infiniment précieux
du Médecin dont les connaissances magistrales se doublent
d'un humanisme profond.

A NOS JUGES.

Monsieur le Professeur HEULLY

Médecin des Hôpitaux.

Commandant de la Légion d'Honneur.

Nous lui sommes reconnaissants de nous avoir permis au cours des deux semestres passés dans son service de prendre goût à l'étude des maladies de l'appareil digestif. Son enseignement et l'exemple de sa haute valeur morale resteront pour nous un guide dont nous saurons toujours nous souvenir.

Monsieur le Professeur Agrégé R. BENICHOUX.

Agrégé de chirurgie.

Chirurgien des Hôpitaux.

Il demeure pour nous un cas de l'aventure moderne de la recherche en chirurgie ; qu'il soit remercié de l'intérêt qu'il nous a porté au cours de nos années d'étude.

Monsieur le Professeur Agrégé C. CHARDOT.

Maître de Conférence Agrégé de Carcinologie.

Un semestre passé sous sa direction nous permet d'admirer le chirurgien en cancérologie ; nous espérons ne pas le décevoir avec ce modeste travail.

Au Professeur M. LEVRAT.

Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de LYON
Médecin des Hôpitaux.

Il nous fit la joie de nous accueillir dans son service pour nous permettre de devenir un de ses élèves ; il nous fit l'honneur de nous confier ce sujet de thèse peu après notre arrivée ; nous lui en sommes infiniment reconnaissant.

Le Professeur M. LEVRAT est pour nous le Maître dont nous avons tout à apprendre, sur le plan de la connaissance médicale pure comme sur le plan humain.

A MON GRAND PERE , le Docteur Léon BRODSCHII ,
in memoriam .

A MON PERE , le Docteur André BRODSCHII .

Nous lui devons ce que nous sommes ; sa vie professionnelle
et familiale est un exemple que nous nous efforcerons de tou-
jours suivre .

A MA MERE .

En hommage à son courage , à sa volonté , nous sommes fiers
d'être son fils .

A SUZANNE . qui s'occupa de nous avec tant de bonté .

A MA FEMME .

A MARTINE ET DIDIER .

A TOUS LES MIENS .

- S E R M E N T -

Sur ma conscience, en présence de mes Maîtres et de mes Condisciples, je jure d'exercer la médecine suivant les lois de la morale et de l'honneur, et de pratiquer scrupuleusement tous mes devoirs envers les malades, mes confrères et la société.

- INTRODUCTION -

Nous avons dépouillé les dossiers de 200 malades pour lesquels avait été porté le diagnostic de cancer du rectum.

La totalité de ces dossiers provient du service du Professeur Levrat, service de médecine à orientation digestive où les malades ont été hospitalisés au cours de ces vingt dernières années, de 1943 à 1963.

Tous les malades, à quelques exceptions près, ont été examinés par le chef de service ; ceci, joint à l'avantage de techniques d'investigations modernes permettant la définition histologique de toutes les tumeurs envisagées, permet une homogénéité d'étude satisfaisante en supprimant toute variation individuelle dans l'interprétation d'un résultat d'examen.

Le service du Pr Levrat est un service de médecine générale à orientation gastro-entérologique : il reçoit à ce titre des malades dépistés par la médecine praticienne qui connaît l'orientation du service mais ne l'utilise pas exclusivement dans ce but. La fréquence des maladies digestives rencontrées sera donc supérieure à celle d'un service de médecine générale et inférieure à celle d'un service consacré exclusivement à la spécialité. Le matériel fourni par la médecine praticienne présente un caractère particulier : il ne correspond pas à la totalité des cas de cancer du rectum car un certain nombre de malades dépistés et jugés opérables est adressé directement au chirurgien.

En service de médecine sont reçus les cas dont le diagnostic, pour la plupart, n'a pas encore été établi ; la fixation du pronostic allant de pair avec la découverte de la tumeur sélectionnant ainsi les cas favorables et les cas défavorables, il est permis de penser que seule l'étude d'un groupe de malades non encore confié au thérapeute spécialisé est seule véritablement représentative de la maladie car elle tient compte de tous les cas observés.

Toutes nos observations ont été dépouillées de façon à dégager le maximum d'éléments susceptibles d'intervenir dans le pronostic de la maladie tant sur le plan individuel que statistique général.

Le but de cette étude est en effet d'aboutir à une statistique de survie dans le cancer du rectum tenant compte de tous les cas rencontrés.

Pour réaliser ce travail, en plus des renseignements fournis par les observations hospitalières, nous nous sommes adressés aux médecins traitant, le chef de service leur écrivant personnellement. Les réponses obtenues nous ont été extrêmement utiles et nous remercions ici les médecins qui ont bien voulu nous aider dans ce travail. Nous nous sommes adressés directement aux malades pour les convoquer ou les faire répondre à un questionnaire ronéotypé. La proportion de réponses reçue a été satisfaisante et nous avons pu joindre la presque totalité des malades susceptibles de répondre. Enfin, lorsque aucun renseignement ne nous était parvenu, nous nous sommes adressés au service d'état-civil des lieux de naissance ou de résidence, il nous fut toujours réservé un accueil agréable et dévoué.

Nous avons pu ainsi retrouver la presque totalité de nos malades moins quatre demeures rebelles à toute investigation. Nous n'avons pu obtenir, dans bien des cas, que la date du décès des malades sans connaître les conditions de leur mort (réponses de mairies). Nous avons considéré les malades dans ce cas comme présumés morts de leur cancer.

Nous nous proposons, après avoir dégagé quelques notions étiologiques, anatomiques, cliniques, de faire une étude analytique de la survie de tous les hospitalisés pour cancer du rectum. La dernière partie de ce travail nous permettra d'envisager une interprétation pronostique des éléments anatomocliniques relevés dans le cancer du rectum.

- E T I O L O G I E -

FREQUENCE

De Septembre 1943 à Décembre 1963, soit environ pendant 20 ans, le service du Pr Levrat a reçu 26.748 malades parmi lesquels nous avons compté 200 observations de cancer du rectum confirmées. Ces 200 malades représentent une fréquence de 0,74% des hospitalisations, chiffre relativement faible pour un service de médecine générale à orientation digestive. La faiblesse de ce chiffre est peut-être explicable par le fait que la plupart des cas diagnostiqués avant l'hospitalisation sont adressés directement au chirurgien. (Moins de 10% des malades hospitalisés avaient un diagnostic posé lors de leur admission).

Nous avons cherché en vain à comparer ces chiffres pour avoir une idée de la fréquence générale par rapport à la population. Il aurait fallu pour cela connaître le nombre exact de cancers dépistés pendant un temps donné, pour une population donnée par exemple celle du département du Rhône. Nous aurions pu connaître ainsi le pourcentage que représentaient 200 malades par rapport à l'ensemble des cas du département.

Il est difficile de se faire une idée précise de la fréquence générale de la maladie d'après la littérature, les auteurs s'attachant surtout à donner la fréquence par rapport à d'autres affectations malignes en général ou par rapport aux tumeurs malignes du tube digestif. On sait seulement d'après Rizk (114) en 1958 qu'en France parmi les tumeurs malignes en général, il y a 2% de cancer rectum dont meurent 10.000 personnes par an ; il y en a 16% aux U.S.A. et en Angleterre, et seulement 1% chez les Noirs Américains. A quoi attribuer ces différences de fréquences, nous ne le savons pas. En Allemagne Orientale, Wendt H. (142) compte 8,3 nouveaux cas par an par 100.000 habitants ; nous ne possédons pas de chiffres comparables pour la France.

Pour Mc Swain, Barton et Sadler (130), le cancer du rectum augmente de fréquence puisqu'il figure pour une sur 737 entrées dans leur service en 1925 et une sur 301 en 1960 alors que la fréquence du cancer du sein n'a guère varié pendant la même période. Le cancer du rectum est cause de 30.000 morts en 1944 et 38.000 en 1960 aux U.S.A.

Par rapport aux cancers digestifs, le cancer du rectum est de fréquence variable : 25% en France pour Rizk (114), 13% pour Tuttle Hartmann et Mayo (x) aux U.S.A. ; toutes les statistiques concordent pour insister sur sa fréquence comme cause de mort, les cancers digestifs constituant près de la moitié de la mortalité totale par cancer pour Conte et Ristelhueber (35).

A propos de la fréquence par rapport aux cancers coliques, les résultats publiés dans la littérature sont quelque peu contradictoires.

Dans le service du Professeur Levrat, durant la période 1943-1963, ont été hospitalisés 452 malades porteurs de cancer recto-colique. Parmi ces malades, il y avait 145 cas de cancer du colon gauche, 24 cas de cancer du colon transverse, 83 cas de cancer du colon droit.

D'après notre statistique, le cancer du rectum représente 45% des cancer recto-coliques.

Une telle proportion n'est pas constamment retrouvée :

Certains auteurs pensent que le cancer du rectum est moins fréquent que celui du colon : il représente 34% pour Gregg et Chamberlain (65), 25% pour Becker (x), il y a 5 cancers du rectum pour 7 cancers du colon pour Ederer et Cutler (51).

Le cancer du rectum serait plus fréquent, au contraire, pour Hugues (73) qui trouve 688 rectums pour 300 colons, pour Muir (96) qui trouve 417 rectums pour 714 recto-coliques, pour Garriz, Stercobich et Troiano (58) qui trouvent 377 rectums pour 288 colons. Tuttle, Hartmann et Mayo (x) enfin, pensent que la cancer du rectum représente 75% des cancers recto-coliques.

(x) Cités en Revue du Praticien T 8 n°7

"Cancer du Rectum"

AGE ET SEXE

La répartition des malades par sexe objective une certaine prédominance masculine, résultat qui coïncide avec ce qui était connu dans la plupart des pays.

Pour un total de 200 malades, nous avons 116 hommes, soit 58% et 84 femmes, soit 42%.

Aux Etats-Unis, Mac Swain, Barton et Sadler (130) dans une statistique portant sur 708 cas, trouvent une fréquence identique de la maladie pour l'homme et la femme. Ederer, Cutler, Eisenberg (51) sur 5.082 cas trouvent une prédominance masculine à 57%.

En Australie, Hugues (72) confirme ce résultat avec 55% d'hommes.

En U.R.S.S., Biber Oi (17) trouve 50% d'hommes.

Plus près de nous, Rizk (114) signale pour la France en général une prédominance masculine à 60%.

Dargent et Papillon (39) trouvent 50,6% d'hommes dans une statistique portant sur 330 cas de cancer anorectal.

Mouchet pour 275 cas trouve 59% d'hommes (94).

L'âge électif pour le cancer du rectum est sensiblement plus élevé dans notre statistique : l'âge moyen est de 67 ans et demi, alors que pour Rizk (114), il est de 58 ans et demi, pour Dargent et Papillon, de 59,4, Mouchet le trouve à 60 ans, Hugues également, Mac Swain Barton et Sadler (130) trouvent l'âge moyen à 64,5 ans. L'élévation de la moyenne d'âge du groupe est due aux femmes : elles sont âgées de 10 ans en moyenne de plus que les hommes (dans la statistique américaine de 5.082 cas déjà mentionnée, la différence d'âge est seulement de 2 ans au profit des hommes). Le fait que nos malades soient plus âgés interviendra peut-être dans l'appréciation des résultats.

Un tableau en forme de graphique nous permettra d'éviter la lourdeur de trop de chiffres : il porte en abscisse le nombre des cas et en ordonnée l'âge de cinq en cinq ans.

On constate d'emblée la prédominance de la période 55 à 74 ans ; le sommet de la courbe est entre 60 et 64 ans pour les hommes, il est entre 65 et 69 ans pour les femmes. Plus de la moitié des hommes ont entre 55 et 69 ans, plus de la moitié des femmes ont entre 60 et 74 ans. Le maximum des

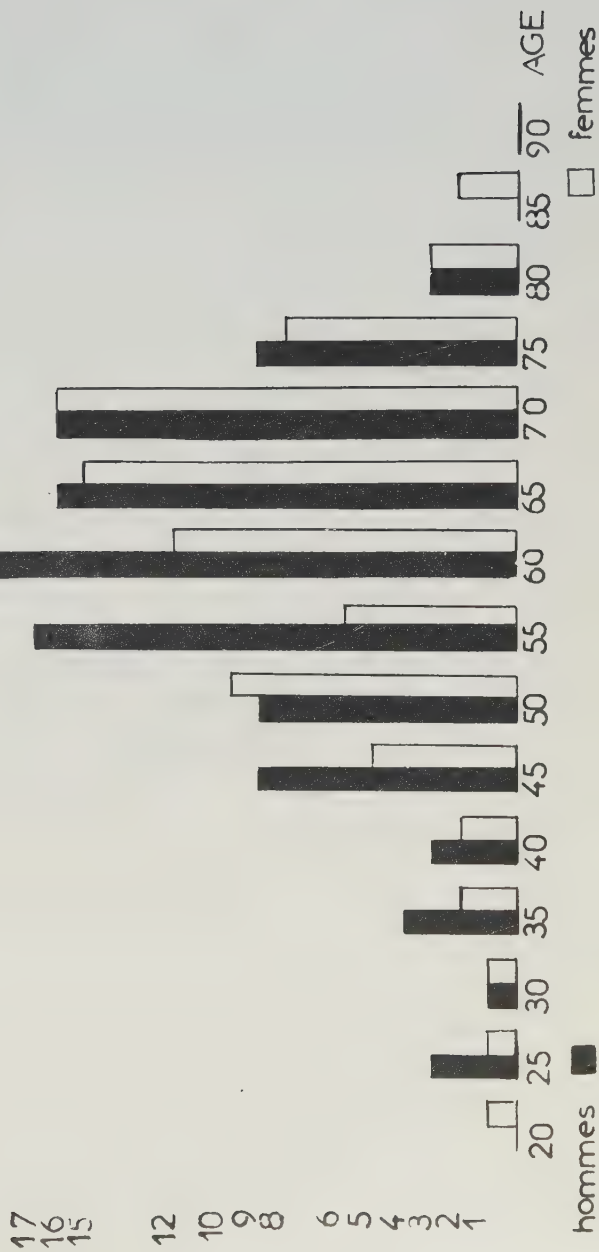
cas observés sans tenir compte du sexe est dans la période agée de 60 à 64 ans : 38 cas , ce qui correspond aux résultats de Mouchet : période 61 à 65 ans (94) , de Mac Swain Barton et Sadler : période 60 à 65 ans (180) , de Metzl : période 60 à 69 ans (90) . La division des malades par catégorie d'âge illustre mieux leur répartition que la comparaison de l' âge moyen soumis à l'influence de cas extrêmes qui sont ici de 22 et 88 ans pour les femmes , 25 et 82 pour les hommes .

On peut donc de façon assez schématique affecter au cancer du rectum une prédominance masculine nette de l'ordre de 60% , résultat concordant avec la plupart des statistiques françaises ou étrangères , avec pour le cancer de l'homme un éventail d'âge un peu moins ouvert , un âge électif plus précoce que celui de la femme de cinq ans environ .

nombre
de cas

REPARTITION DES MALADES SUIVANT LEUR AGE

26



GROUPE SANGUIN

L'étude du groupe sanguin des malades atteints de cancer du rectum confirme ce qui était déjà connu.

Connaissant le groupe sanguin de 68 malades, nous avons comparé la répartition des 4 groupes A, B, AB, O, chez le malade et chez le sujet sain ; nous n'avons pas observé de différences sensibles.

Cancer du Rectum		Sujet normal (x)
A	46,02%	43%
B	10,44%	11%
O	38,80%	43%
AB	4,47%	3%

La fréquence particulière de certain groupe sanguin dans le cancer de l'estomac a fait rechercher la même notion dans le cancer du rectum. Cette notion n'a pas été confirmée, Rizk (114) a résumé le point de vue actuel dans son article de la Revue du Praticien en rappelant que les travaux de Ian Aird qui avaient prouvé la fréquence des cancers de l'estomac dans certains groupes sanguins (A) confirment l'absence de relation dans les cancers du rectum. Pour Mangani (88) au contraire, il semble y avoir prédominance des sujets du groupe A. On ne peut tenir ce résultat comme valable car le nombre de cas cités est trop faible.

HEREDITE FAMILIALE

Il nous a été donné de relever dans les dossiers de malades hospitalisés dans le service du Pr Levrat 38 cas dans les antécédents desquels ont été notés une hérédité cancéreuse.

Ce chiffre et ceux qui vont le suivre seront donnés à titre purement indicatif car leur valeur absolue est critiquable : ils ont été relevés dans les observations où l'enquête héréditaire faisait partie de l'interrogatoire systématique sans être particulièrement orientée dans le sens de cette recherche ; on sait combien la mémoire du malade hospitalisé est infidèle, particulièrement chez le vieillard.

Il est donc logique de penser que les chiffres cités représentent un minimum inférieur à la réalité.

Nous avons compté 18 femmes et 20 hommes (19% du total des 200 malades) dont les parents (hérédité directe), les frères, soeurs ou oncles (hérédité collatérale) avaient présenté une tumeur maligne.

En ligne directe, deux malades seulement avaient leurs parents atteints de cancer rectal, 12 avaient vu leurs parents atteints soit de cancer gastrique, soit de cancer intestinal, soit de cancer de l'oesophage ; 8 avaient leurs parents atteints de cancer non digestif (prostate, vessie, foie, utérus, gorge).

Plus variés étaient les cas d'hérédité collatérale, on en trouvera le détail sur le tableau récapitulatif, parmi les 10 cas de ce genre, 6 étaient des tumeurs digestives.

L'hérédité cancéreuse était multiple pour 6 malades, plusieurs membres de leur famille présentant ou ayant présenté une affection cancéreuse.

HEREDITE ET FACTEURS INDIVIDUELS

HEREDITE DIRECTE				HEREDITE COLLATE- RALE		MULTIPLE
Rectum		digestive non rectale		non digestive		
père	mère	père	mère	père	mère	
18	1	2 intestins	2 estomacs 1 intestin	prostate	fessie foie X	oncle : colon fille : anus soeur : sein frère : polypose frère : gorge + soeu t. abdominale t. villeuse familial père : pylore + mère : foie
20	1	oesophage	3 estomacs 2 intestins	gorge	utérus X	frère + soeur X mère : estomac + frère prostate père : prostate + 2 soeurs : anus + 1 soeur X

En résumé, dans 19% des cas de notre statistique existe la notion d'un cancer chez les ascendants ou les collatéraux, dans 18% des cas, le cancer était de nature digestive. Ce taux est comparable à celui trouvé par Lesbre dans son étude de 400 cas de cancer gastrique observés dans le service du Pr Levrat. Nous n'avons pas trouvé mention de ce fait dans les études portant sur le cancer du rectum dans la littérature.

Les femmes semblent pourvues d'une hérédité cancéreuse dans une proportion plus grande que les hommes : 21,4% contre 17,2% (la connaissance des affections familiales leur est également plus familière).

Une hérédité directe a été relevée chez 22 malades (11% des cancéreux), collatérale chez 10 malades (5%), multiple chez 6 malades (3%).

En ce qui concerne l'hérédité directe, nettement prédominante, à la différence du cancer de l'estomac, ce sont les antécédents maternels qui priment (16 cas sur 22).

La localisation recto-colique de l'antécédent cancéreux est d'une importance assez faible : 5 cas sur 22 (2,5% du total de la statistique).

Si l'on s'en tient à l'hérédité recto-colique, en ligne directe, force nous est de constater qu'il n'existe pas un pourcentage remarquable d'antécédents cancéreux recto-colique parmi les malades atteints de cancer du rectum.

Le fait est à souligner car la notion de lésion précancéreuse dégénérée n'est pas une rareté, nous le verrons au chapitre suivant.

Nous citerons quelques exemples d'observations curieuses dont nous ne tirerons pas de conclusion, le nombre de ces observations étant trop faible pour nous y autoriser.

N° 24.332 GEO Marcel, 57 ans, la mère du malade est morte à 52 ans d'un cancer du rectum ; l'affection débute à 56 ans avec des rectorragies qui restent isolées pendant un an. La tumeur siège à 3 cms de la ligne anocutanée. La survie après abaissement transanal sera brève : la tumeur récidive au bout de quelques mois et nécessite une amputation abdominopéri-neale, qui sera suivie d'une occlusion entraînant une ileostomie, le malade décédant un an plus tard.

N° 20.063 DET Raoul, 82 ans ; le père est mort d'un cancer de la prostate, deux soeurs sont mortes de cancer du canal anal, une soeur est morte avec un cancer polymetastasé dont l'origine n'est pas précisée. La médiocrité de l'état général

était expliquée par les troubles urinaires sans rapport avec la tumeur. Le point intéressant était la nature histologique de la tumeur : tumeur villeuse à cellules sombres, épithélioma plein orthoplasique. S'agissait-il d'une tumeur villeuse à caractère familial ? Il est permis de la supposer.

N° 12.800 BAY J.M. 52 ans ; le frère est mort d'un cancer du rectum à 51 ans, les troubles rectaux duraient depuis 8 mois, tumeur à 10 cm ; résection périneale avec résection du coccyx ; survie de trois ans.

N° 20.232 FRI Françoise, 85 ans ; la malade signale une notion familiale de la maladie ; elle présente elle-même une tumeur villeuse dégénérée ; il n'est pas signalé de trouble métabolique ; l'évolution totale depuis le diagnostic va durer deux ans environ.

N° 11.009 BOU Fanny, 68 ans ; le père est mort d'un cancer du rectum à 73 ans, la tumeur est banale ; elle est opérée (amputation abdomino-périneale). Survie de 14 mois.

N° 13.873 LAR Marthe, 48 ans ; le père est mort à 68 ans d'un cancer du colon sigmoïde ; tumeur banale de siège sus anal ; amputation abdomino-périneale avec évidemment des creux ischio-rectaux, survie de 6 ans.

LESIONS PRECANCEREUSES COLIQUES

39 (20%) malades ont été découverts porteurs de lésions rectocoliques précancéreuses dégénérées.

La notion de lésions, précancéreuses a été acquise soit par les dires du malade (et vérifiée ensuite) lorsque l'affection était connue par de précédents séjours hospitaliers, soit par l'histoire clinique et toujours par les examens para-cliniques.

Ont été trouvées seulement des cas de polypose et de tumeur villeuse, il n'a pas été rencontré de tumeur carcinoïde, de diverticulose, de recto-colite hémorragique ni de rétrécissement inflammatoire.

Dans un cas seulement, la tumeur présentée par le malade hospitalisé était peut-être une métastase d'un cancer sus-jacent.

27 malades (15 hommes et 12 femmes) présentaient une polypose :

- bénigne, mais située à distance d'un épithélioma (22 cas : 11 hommes et 11 femmes) ;

- dégénérée dont un cas de polypose rectocolique diffuse (5 cas)

12 malades (9 hommes et 3 femmes) présentaient une tumeur villeuse :

- bénigne, mais associée à distance à un cancer (8 cas),

- dégénérée (4 cas).

En résumé, sur les 200 malades de notre statistique, 39 soit un peu moins de 20% présentaient une affection précancéreuse dégénérée. Celle-ci était une polypose : 27 cas (13,5% du total de la statistique), une tumeur villeuse : 12 cas (6%).

A côté de ces lésions à caractère précis, nous avons acquis la notion à la lecture des observations de l'existence de diverses affections ayant précédé le cancer, les rapports de celles-ci avec celui-là restant extrêmement imprécis. Ainsi, la notion d'hémorroïdes signalée souvent a été vérifiée 16 fois de même que la constipation ou la diarrhée épisodique, les fistules ou les fissures anales opérées.

Seul, apparaît intéressant le rapport polypose, cancer du rectum, tumeur villeuse, cancer du rectum.

Coffe et Vigoni de Bruxelles (30) sur 168 cas opérés de cancer du rectum trouvent 13 fois un polype dégénéré, 15 fois un polype bénin associé à un cancer.

Mouchet et Coll (94) à propos de 275 cas de cancer ano rectal signalent 5 malades déjà opérés de tumeurs bénignes confirmées, 16 cas de tumeur villeuse et 1 cas de polype dégénéré.

Bockus H.L. (18) analyse 246 cas de polype adenomateux colique et rectal en excluant la polypose familiale. Il établit que quand un polype a 1, 2 cm de diamètre, ses chances de cancérisation dépassent le taux de mortalité de l'ablation ; un polype de moins de 1, 2 cm doit être enlevé seulement si cela peut être fait avec une mortalité de moins de 1%. La fréquence de malignité des polypes de moins de 1, 5 cm de diamètre est probablement inférieure à 0,5%.

A propos des relations polype cancer, Bockus pense que dans 13,2% des cas, il existe un cancer quelque part sur le colon lorsque on découvre un polype rectal ou colique ; il existe un cancer in situ dans 8,5% des cas de polype ; 41% des 246 polypes étudiés avaient plus d'1, 2 cm de diamètre et parmi eux 24% étaient cancéreux alors que moins de 4% des malades avec polypes de moins de 1, 2 cm montraient un cancer visible. Bockus note enfin que parmi les malades avec polypes multiples, la récurrence se produit dans 30% des cas et la dégénérescence dans 17,5% des cas.

En conséquence, Bockus recommande l'ablation dans tous les cas par fulguration ou électrocoagulation des polypes rectaux et la colotomie avec polypectomie pour les autres.

- BASES ANATOMOCLINIQUES -

BASES ANATOMIQUES

Situé entre 3 et 18 cm de la ligne ano cutanée, le rectum comprend :

- une portion ampullaire, qui va de 3 à 12 cm accessible au doigt ;
- une portion sus ampullaire, longue de 4 à 6 cm, accessible au seul rectoscope .
- la jonction recto-sigmoïdienne, région de transition, visible par le rectoscope .

Ces distances bien définies sur des pièces anatomiques ne le sont plus si elles sont appréciées par des doigts différents ou au rectoscope, qui, en progressant, déplie la muqueuse et peut ainsi entraîner des différences de cotation de plusieurs centimètres, enfin, si elles sont calculées en partant du centre de la tumeur ou de l'un de ses pôles. Si bien que la comparaison de la fréquence des localisations, dans plusieurs statistiques, montre pour une même portion, des différences du simple au double suivant les méthodes utilisées .

Ainsi Stearns et Binkley situent au dessus de 11 cm, 22% des cancers du rectum, alors que Daland et Mitchell (x) n'en trouvent que 12% dans le même segment .

SIEGE :

Dans notre statistique, l'étude du siège de la tumeur a été faite selon les indications du Professeur Levrat en divisant le rectum en trois régions :

- recto-sigmoïde ,
- haut rectum ,
- et bas rectum .

(x) Cités en Revue du Praticien "Cancer du Rectum" T8 n°7 .

La répartition selon la classification proposée est la suivante :

<u>SIEGE</u>	<u>NOMBRE DE CAS</u>		
	<u>Hommes</u>	<u>Femmes</u>	<u>Total</u>
JONCTION RECTO SIGMOIDIENNE	13	16	29
HAUT RECTUM	48	26	74
BAS RECTUM	41	30	71
ENVAHISSEMENT COMPLEXE	14	12	26
	116	84	200

En pourcentage, la localisation recto-sigmoïdienne représente 14,5%
la localisation sur le haut rectum 34 %
la localisation sur le bas rectum 35,5%
l'envahissement complexe 13%

Ce tableau attire une remarque.: environ 50% des cancers du rectum sont accessibles même au doigt le moins expérimenté ; nous verrons qu'avec l'habitude d'une longue pratique, ce pourcentage devient très supérieur (Pr Levrat) .

Est à noter également le pourcentage remarquable de tumeurs ayant envahi totalement le rectum ou franchi les limites de la paroi rectale. Ces chiffres sont comparables à ceux de Dargent et Coll (39) qui dans une statistique portant sur 231 cas, trouvent 20 cas localisés sur le recto-sigmoïde, 184 sur l'ampoule rectale et 27 de localisations complexes. Mouchet et Coll (94) à propos de 234 cas trouvent 166 localisations ampullaires entre 4 et 12 cm de la ligne ano-cutanée, 48 cas entre 12 et 16 cm.

ASPECT MACROSCOPIQUE

L'aspect macroscopique des tumeurs rectales de notre statistique est exactement superposable à celui rencontré dans toute étude portant sur ce sujet (végétant, ulcéro végétant, ulcéré, polypoïde) nous n'avons pas jugé utile de le détailler et nous reviendrons sur cette question au chapitre V (Eléments anatomiques : forme de la tumeur) .

ASPECT MICROSCOPIQUE

La très grande majorité des cancers est faite d'épithélioma, le sarcome étant exceptionnel.

Le diagnostic histologique préopératoire n'a pas été porté dans tous les cas, il a toujours été cependant confirmé par la suite, soit macroscopiquement pendant l'opération, soit sur les prélèvements histologiques effectués sur la pièce opératoire.

Dans tous les cas, les prélèvements préopératoires ont été effectués sous le contrôle de la vue par le tube du rectoscope.

TABEAU des RESULTATS HISTOLOGIQUES PRE-OPERATOIRES

<u>NATURE</u>	<u>NOMBRE DE CAS</u>		
	<u>Hommes</u>	<u>Femmes</u>	<u>Total %</u>
Epithelioma	91	50	80 %
Polype muqueux	2	2	2,5%
Polype dégénéré	4	3	4,5%
Tumeur villeuse non dégénérée	3	1	2,5%
Tumeur villeuse dégénérée	6	1	4,55%

Quelques formes histologiques particulières ont été observées :

Epithelioma colloïde : 5 cas dont un infiltrant atypique (deux présentant une dégénérescence colloïde partielle),

Epithelioma à grandes cellules claires : 1 cas,

Epithelioma papillaire 1 cas,

Hemangiopericytome malin : 1 cas.

Le résultat de la biopsie préopératoire était négatif 11 fois (5,5%).

La biopsie préopératoire ne fut pas faite dans 24 cas (12%) parce que impossible ou inutile (carcinose pelvienne).

Le diagnostic d'épithélioma fut fait opératoirement 6 fois.

L'étude de la propagation ganglionnaire et métastatique sera faite à propos de chaque groupe de malades, lors de leur étude analytique.

BASES CLINIQUES

I. - DUREE D'EVOLUTION AVANT L'HOSPITALISATION

Entre la date d'apparition des premières manifestations de la tumeur rectale et l'époque de sa découverte, un temps variable s'écoule, malheureusement toujours long. Majorée de façon notable par un petit nombre d'évolutions très longues, la durée moyenne des symptômes précédant le diagnostic s'élève à 9 mois pour les hommes, à 11 mois et 8 jours pour les femmes. De ce calcul on peut retirer 8 hommes dont le temps moyen est de 9 jours et 11 femmes dont le temps moyen est de 18 jours.

Bien que les hommes consultent relativement plus tôt que les femmes, ils consultent tardivement après le début de la maladie. Tous les malades cependant, ne sont pas négligents, en témoigne le tableau donnant le pourcentage de cas dépistés en fonction du temps ; il met en évidence le fait que 34% des hommes sont dépistés dans les 3 mois après le début clinique des troubles, contre 20% des femmes ; 29% des hommes sont dépistés dans les 6 mois contre 24% des femmes. Six mois après le début des symptômes, 69% des hommes et 69% des femmes ont été dépistés.

Dargent (39) pour 330 cas de cancers ano-rectaux trouve 45% de cas dépistés dans les 6 mois ;

Daland et Mitchell (x) notent que dans 45% des cas la première consultation n'a lieu qu'après 8 mois de symptômes, dans 21% des cas après un an.

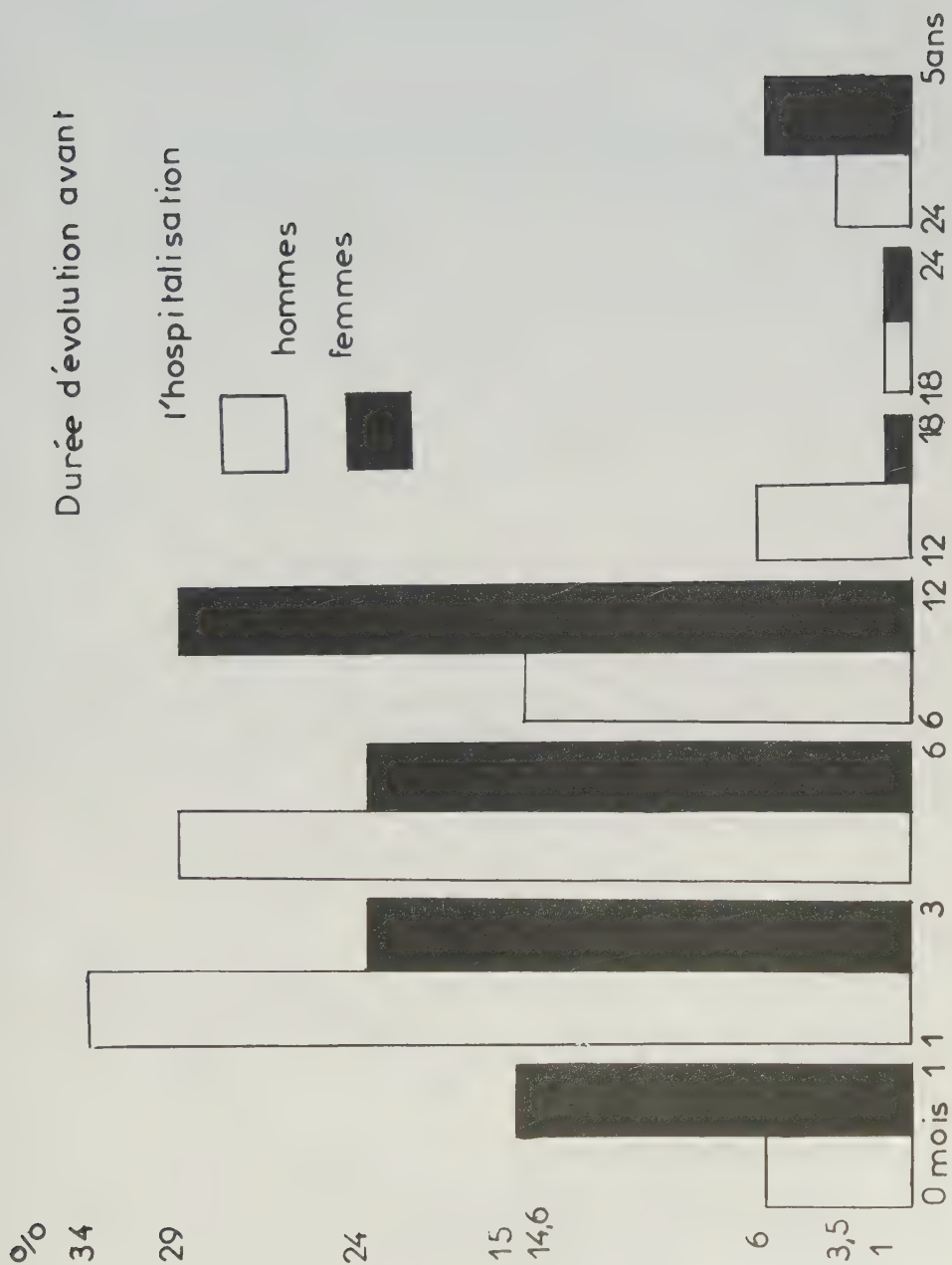
Biber Oi (U.R.S.S.) (17) note pour 30 malades, que 3% seulement sont entrés à temps à l'hôpital, 5 malades évoluaient depuis plus de 2 ans, il note aussi que tous les malades avaient consulté dès le début des troubles mais le diagnostic n'avait pas été fait, le TR ayant été pratiqué dans moins d'un tiers des cas.

Wendt H (142) à propos de 449 cas note que le malade perd en moyenne 4, 3 mois avant de consulter, le médecin perd, 2 à 5 mois avant de faire le diagnostic.

II. - LES MANIFESTATIONS FONCTIONNELLES

Les manifestations fonctionnelles du cancer rectal n'ont pas toujours le caractère précis et typique qu'on leur décrit dans les traités de pathologie ; nous allons voir qu'à

(x) Revue du Praticien : Cancer du Rectum T8 n°7.



côté de manifestations traditionnelles, le cancer du rectum donne parfois un tableau plus inattendu. Schématiquement et par ordre d'importance, les manifestations fonctionnelles rencontrées ont été :

1° - Les hémorragies

Elles sont faites surtout de sang frais, en quantité variable mais généralement faible et répétées. Elles sont rarement pures, elles accompagnent les selles (avant, pendant ou après, mélangées ou isolées, pures ou mêlées à une exsudation glaireuse).

72% des hommes (84/116) ont saigné avant leur entrée à l'hôpital, 6 seulement ont saigné une seule fois.

82% des femmes ont saigné avant leur hospitalisation (69).

2° - Le syndrome rectal (douleurs ou épreintes, tenesmes et faux besoins) :

71% des hommes ont présenté le syndrome (83), complet 17 fois seulement.

54% des femmes l'ont présenté (17 fois au complet également).

De ces chiffres, sans signification absolue, nous pouvons tirer plusieurs remarques :

- l'hémorragie est le plus fréquent des signes fonctionnels ;

- le syndrome rectal moins fréquent mais plus évocateur ne vient qu'au second plan.

Nous avons vu les signes fonctionnels typiques du cancer du rectum.

Tous les cancers du rectum ne se manifestent pas avec autant de complaisance.

3° - La constipation

Elle peut constituer l'essentiel du tableau fonctionnel : 27% des hommes (32) et 28% des femmes (24) ont vu s'installer une constipation jamais constatée auparavant.

3 hommes et 5 femmes ont vu s'aggraver une constipation ancienne. Il est remarquable de constater que cette constipation n'existait que depuis 15 jours chez l'homme et depuis 8 mois chez la femme avant l'hospitalisation.

4° - La diarrhée et le syndrome dysentérique

54% des hommes (63) et 45% des femmes (37) ont signalé des manifestations diarrhéiques plus ou moins caractérisées, évoquant parfois un syndrome dysentérique.

5° - Les complications (occlusion, suppuration)

19% des hommes (22) et 20% des femmes (17) ont présenté un tableau subocclusif avec un seul cas d'occlusion franche (la faiblesse du nombre des cas de subocclusion s'explique par l'admission directe en milieu chirurgical des malades présentant ce tableau).

6° - La baisse de l'état général avec amaigrissement

51% des hommes et 44% des femmes ont maigri en moyenne de plus de 4 ou 5 kilos, 5 malades ont perdu plus de 20 kgs, le record étant de 40 kgs.

7° - Les manifestations fonctionnelles d'origine métastatique

4 hommes et 2 femmes se plaignaient uniquement de douleur de l'hypochondre droit en rapport avec une tumeur secondaire du foie.

1 homme présentait une phlébite considérée plus tard comme secondaire ;

1 homme et 1 femme furent hospitalisés pour une pleurésie métastatique ;

3 hommes étaient considérés comme très probablement porteurs de métastases vertébrales ;

2 de métastases nerveuses (tronc cérébral, hémisphère cérébral) dont les manifestations douloureuses étaient au premier plan de la scène clinique ;

1 homme avait une névralgie crurale dont la cause fut découverte secondairement.

Au total, 15 malades, soit 7,5%, avaient dépassé le stade de curabilité, sans manifestations remarquées de la tumeur primitive.

III. - LES RESULTATS DES EXAMENS

1° - L'examen clinique général

Nous ne détaillerons pas les résultats de ces examens car ils ne présentent aucun intérêt particulier ; seront seules signalées au chapitre des survies, les éventuelles tares ayant constitué des contr'indications opératoires.

2° - Le toucher rectal et le toucher vaginal

98 hommes (84%) et 63 femmes (78%) ont vu leur tumeur mise en évidence par le toucher rectal, 9 fois le toucher vaginal a montré un envahissement de la cloison recto vaginale.

Le toucher rectal, au total, pour 200 malades, donne des résultats positifs 161 fois (80% des cas).

3° - La rectoscopie

- Pour les hommes, cet examen était impossible dans 5 cas pour différentes raisons (envahissement, contracture, reflexe des sphincters, douleurs). Le résultat nous a été impossible à connaître dans 7 cas.

Il restait donc 104 malades ; dans tous les cas l'examen permit la visualisation de la tumeur.

- Pour les femmes, l'examen ne fut pas pratique dans 10 cas parce qu'il était impossible ou inutile ; nous n'avons pu connaître le résultat de 6 examens.

Le résultat de cet examen fut positif dans 66 cas sur 68.

4° - Les métastases et les adenopathies

11,5% des malades présentaient une dissémination tumorale métastatique, de localisation :

Hépatique : 18 fois

Vertébrale : 3 fois

Cérébrale : 3 fois

Péritonéale : 1 fois

5 malades avaient des localisations multiples.

L'étude des adenopathies cliniquement perceptibles est de moindre intérêt ; elles sont rares du fait du type de vascularisation de la région.

1 homme et 1 femme présentaient des adenopathies visibles dans la région inguinale, un seul malade présentait un ganglion sus-claviculaire palpable.

5° - Les résultats de la radiologie et de la biologie

Le lavement baryte ne donne des résultats que dans les localisations tumorales hautes, sur le haut rectum et le recto-sigmoïde, à condition que la tumeur soit de volume suffisamment important pour imprimer son image sur les clichés.

La radiologie constitue un examen presque accessoire : en aucun cas, elle ne saurait suffire à apporter le diagnostic.

Pour la biologie, les résultats des examens sont très variables ; ils peuvent être strictement normaux ou traduire une anémie de gravité variable ; le seul intérêt de la biologie est de mettre en évidence des perturbations demandant une correction ou constituant une contr'indication opératoire (insuffisance rénale par exemple), lorsqu'une intervention chirurgicale est envisagée.

A titre comparatif, voici ce que pensent de la simeio-logie du cancer du rectum :

- Bentley et Colcok (12) :

90% des malades ont plus des 3 signes habituels ;

dans les 2/3 des cas, la lésion peut être sentie avec le doigt ou vue avec le rectoscope ;

1/3 sont découverts par la radio.

- Garriz, Stercobich et Troiano (58) :

21% des malades présentent une anorexie,

34,2%, du mucus ;

36,4% du pus ;

37,4% une constipation ;

37,9% du ténesme ;

46% une diarrhée ;

56,1% une douleur ano-rectale ;

77,7% présentent un saignement.

- Dargent et Papillon (39) :

les principaux signes sont :

l'hémorragie seule ou accompagnée d'autres signes,

une sensation de gêne, des douleur ano-rectales,

des douleurs abdominales, des douleurs lombaires,

un syndrome dysentérique, de la constipation.

- Mouchet (94) :

les signes révélateurs sont :

le sang, les troubles rectaux,

les troubles du transit, la baisse de l'état général.

Mouchet note quelques corrélations : les rectorragies se voient surtout dans les tumeurs basses, les troubles occlusifs dans les tumeurs hautes, les douleurs dans les localisations basses.

Sur 275 cas, il rencontre quatre fois une métastase hépatique évidente, un envahissement du Douglas, un ganglion de Troisier, neuf adénopathies inguinoculaires. L'état général est bien conservé 128 fois, il existe une anémie dans 1/3 des cas. Les résultats d'examen biopsique et rectoscopique sont positifs dans 121 cas sur 137, le lavement visualise la tumeur dans tous les cas où il est pratique.

A ventre ouvert, ont été découvertes : 32 métastases hépatiques, 4 ascites néoplasiques, 13 envahissements du Douglas, 14 envahissements de la cloison recto-vaginale.

- Mac Swain Barton Sadler (130)

les signes cliniques sont :

le sang dans 95% des cas ;

les changements d'habitude dans le transit : 85 % ;

des douleurs : 52% ;

une perte de poids : 60%.

Le toucher est positif dans 93% des cas ainsi que la rectoscopie.

Le lavement baryte montre la tumeur dans 90% des cas lorsqu'elle est rectosigmoïdienne, et dans 54% des cas lorsqu'elle est ano-rectale ; le lavement est surtout intéressant pour examiner le colon en amont.

Pour les formes d'extrême début :

- Levrat, Wegelin (83) :

La rectorragie est le signe le plus précoce ; les autres signes sont beaucoup plus tardifs (évacuations glairo sanguinolentes, faux besoins, douleurs, signes intestinaux, signes à distance). Le TR, l'endoscopie, la biopsie sont positifs, la radio est toujours négative.

- Mme Parturier Albot (101) décrit :

- des formes atténuées se manifestant pas des hémorragies, petites diarrhées épisodiques ;

- des formes atypiques cachées derrière un prolapsus, un suintement, un prurit rebelle du à la sécrétion d'une tumeur ampullaire, signe de très grande valeur ;

- des formes prenant le masque d'une constipation, d'une dysenterie franche, d'une douleur gynécologique.

- des malades porteurs d'une affection digestive à distance : gastrique, duodénale ou biliaire coexistant avec une affection rectale ignorée ;

- des formes silencieuses, découvertes de rectoscopie systématique.

A propos de la biologie :

- Filippi (54) montre que dans 30 à 50% des cas, il existe une modification suffisante de l'hémogramme pour attirer l'attention, traduite par une petite anémie hypochrome microcytaire, parfois une petite hémolyse, une petite leucocytose avec polynucléose neurophile.

- Benzer (14) montre la diminution de l'albumine, l'augmentation des alpha 2 et des beta globulines, seulement pour les cas inopérables, l'augmentation des gamma globulines.

- Eisalo (52) étudie les DPN et TPN diaphorases et d'autres enzymes ; il ne trouve pas de relation avec le degré de la différenciation des cellules néoplasiques.

ETUDE ANALYTIQUE DE LA DUREE DE SURVIE
EN FONCTION DES POSSIBILITES DE
TRAITEMENT RADICAL

PREMIER GROUPE

MALADES NON OPERES

Une nuance assez péjorative s'attache à ce terme générique. Cependant, il recouvre cinq cas où le recours chirurgical bien que d'indication formelle, fut refusé par le malade. Les néoplasmes dépistés puis rendus à leur évolution spontanée constitueraient un repère intéressant pour évaluer les résultats chirurgicaux si l'on avait toujours pu les suivre avec toute la précision désirable.

47 malades constituent ce groupe, représentant 24% du total général, avec 24 hommes et 23 femmes (20,7% des hommes, 27,3% des femmes).

Une proportion comparable de malades totalement inopérables est retrouvée dans la statistique de Dargent (39) (23,6%) pour l'école lyonnaise, et dans celle de Wendt H. (142) (22,7%) pour l'école allemande ; différents sont les chiffres de Mouchet et Coll (94) (2,1%) de Hugues (73) pour l'école australienne (9,3% ; de Gibertsen (59) pour l'école américaine (7,1%), variations qui ne peuvent s'expliquer que par le recrutement différent des malades déjà sélectionnés par une idée chirurgicale préalable.

1° - Durée des symptômes avant l'hospitalisation

Le caractère très particulier des troubles fonctionnels du cancer du rectum permet une appréciation relativement précise de la durée de ces symptômes ; la difficulté de cette appréciation provient non pas tellement de l'absence de preuves objectives, mais de la précision plus ou moins grande de la mémoire des malades.

En moyenne générale, les délais entre les premières manifestations et la première consultation se montent à 10 mois et 10 jours pour les femmes et 6 mois pour les hommes, les délais entre la première consultation et le diagnostic sont de 2 mois pour les hommes, 2 mois et 12 jours pour les femmes.

La représentation graphique de la proportion de malades dépistés en fonction du temps nous apporte plus de précision, rares sont les malades dépistés avant trois mois de dévolutio clinique, fait surprenant lorsque l'on sait l'inconfort du syndrome recto-sigmoïdien ; près de 35% des malades sont dépistés entre 3 et 6 mois ; 26% entre 6 et 12 mois ; un peu plus de 4% ont laissé leur maladie évoluer trois ans.

2° - Nature des symptômes et diagnostic de la lésion cancéreuse

La symptomatologie fonctionnelle ou physique des tumeurs rectales non opérables ne diffère en rien de celle qui fut envisagée pour l'ensemble des malades lors de l'étude des bases cliniques.

Pour 47 malades, ont été relevés des signes :

- de rectorragies :	38 fois
- de syndrome rectal :	35 fois
- de constipation :	16 fois
- de diarrhée et de syndrome dysentérique	27 fois
- de complication (occlusion, suppuration)	9 fois
- fonctionnels d'origine métastique	8 fois

L'examen physique a mis en évidence la tumeur par :

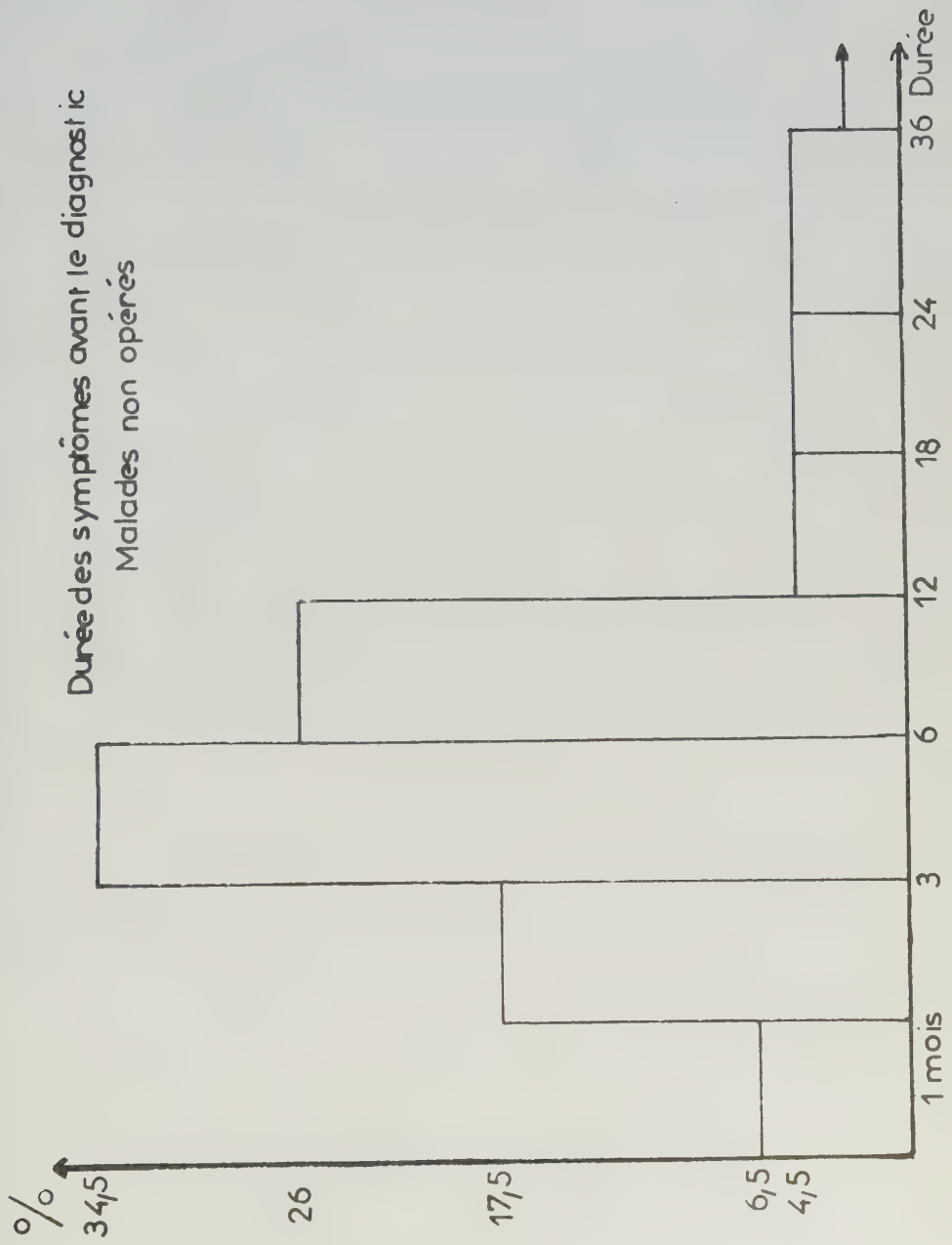
- le toucher rectal :	32 fois
- la rectoscopie :	37 fois
- la biopsie dont le résultat était positif	33 fois

Le résultat du toucher rectal était négatif une fois, celui de la biopsie, une fois ; la rectoscopie a toujours été positive.

Il n'est pas fait ici mention des métastases découvertes à l'examen clinique ; elles seront envisagées lors du diagnostic d'inopérabilité de la lésion cancéreuse.

3° - Diagnostic d'inopérabilité de la lésion cancéreuse

a) L'existence de métastases au moment du diagnostic constitue la principale cause d'absence opératoire.



Ont été rencontrées des métastases hépatiques, cérébrales, péritonéales, pleurales, pulmonaires, vertébrales.

23 malades sur 47 présentaient au moins une métastase au moment de l'hospitalisation (11 hommes et 12 femmes).

Obs. n° 19.054 : MO Joseph : 68 ans.

Hospitalisé pour tumeur de l'hypochondre droit. Présente des troubles fonctionnels de type recto-sigmoïdien depuis trois mois. Amaigrissement de 20 kilos en 1 ans. Lobe gauche hépatique marronné avec tumeur évidente de la face antérieure du moyen et haut rectum.

Conclusion : cancer du rectum avec métastase hépatique.

Obs. n° 12.233 : SI Alphonse : 54 ans.

Hospitalisé pour une diarrhée sanglante. Troubles fonctionnels de type recto-sigmoïdien depuis 6 mois. Un mois avant l'hospitalisation a présenté un épisode fébrile avec température à 40°, céphales frontales avec contracture, ptosis gauche le lendemain et diplopie, hypoacousie, dysarthrie, troubles amnésiques. Même tableau au moment de l'entrée avec atteinte du III (paralysie du droit supérieur gauche et du droit inférieur gauche sans atteinte du III intrinsèque). Tumeur bourgeonnante du haut rectum, epithelioma typique.

Conclusion : métastase cérébrale d'une tumeur banale du haut rectum.

Obs. n° 13.636 : SU Joannès : 60 ans.

Syndrome recto-sigmoïdien depuis 3 mois. Ictère à début brusque depuis 3 semaines avec prurit, de type rétionnel franc hépatomégalie, dure et irrégulière. Tumeur rectale évidente. De plus, douleur vertébrale haute, violente, d'origine métastatique.

Conclusion : cancer du rectum avec localisation hépatique secondaire entraînant un ictère rétionnel et localisation vertébrale probable.

Schématiquement et par ordre de fréquence décroissante ont été rencontrées des métastases :

- hépatiques : 15 cas
- cérébrales : 13 cas (diagnostic de forte probabilité)
- osseuses : 2 cas
- péritonéales : 2 cas

- pleurales :	2 cas
- pulmonaires :	1 cas

25 cas (23 malades seulement présentaient une métastase, deux ayant une double localisation).

L'existence de métastases n'a pas été le seul motif d'abstention chirurgicale.

b) Le mauvais état général

Un diagnostic d'inopérabilité a été porté chez 19 malades en trop mauvais état général pour supporter les risques d'une intervention chirurgicale du fait de leur âge ou des conséquences de l'accroissement de la tumeur entraînant anémie, cachexie irréversible malgré la réalimentation intraveineuse.

Obs. n° 18.314 : BA Louis : 78 ans.

Ethylique buvant deux litres de vin par jour, présentant une volumineuse hernie inguino scrotale, insuffisant respiratoire, se plaint d'un syndrome recto-sigmoïdien depuis 4 mois. Amaigrissement important mais non chiffré. Arythmie complète. Oedème des membres inférieurs avec hépatomégalie de type mixte cardio-éthylique. Anémie à 3,3 millions. Survie de 45 jours.

De ces 17 malades, 3 sont décédés au cours de leur hospitalisation, parvenus au stade ultime de cachexie néoplasique.

c) L'extension locorégionale de la tumeur

Constitue le troisième motif d'abstention opératoire.

Il concerne seulement 5 femmes qui présentaient un véritable blindage pelvien et hypogastrique perceptible à la palpation abdominale.

d) Refus de se faire opérer

Cinq malades chez qui l'indication opératoire était formelle ont refusé l'intervention. Le faible nombre de ces cas, l'ignorance des conditions de leur décès ne permettront pas une appréciation comparative de la valeur des opérations pratiquées par ailleurs.

Le total de ces malades de chaque catégorie dépasse 44 ; cela est dû au fait que le même malade peut entrer dans plusieurs catégories (par exemple avoir une localisation hépatique et un état général catastrophique) .

On peut récapituler les motifs d'abstention opératoire en ne tenant compte que du principal :

- 47 malades sur 200 n'ont pu recevoir de traitement chirurgical ,

- 23 parce qu'ils avaient des métastases hépatiques ,
- 17 parce que leur état général était trop mauvais ,
- 2 parce que la tumeur rectale était trop étendue ,
- 5 ont refusé l'opération indiquée .

4° - Traitement des malades non opérés

Les moyens de prolonger la vie d'un malade porteur d'un cancer du rectum inopérable sont pratiquement inexistants .

Deux méthodes sont offertes à l'essai du thérapeute : la chimiothérapie et la radiothérapie .

Seule la radiothérapie semble parfois donner quelques résultats qu'il est difficile de lui attribuer avec certitude .

Des 47 malades non opérés , seulement trois ont reçu un traitement radiothérapique palliatif :

Obs. n° 14.354 : LAG Jean : 82 ans .

Grand insuffisant cardiaque connu depuis 3 ans , première rectorragie deux jours avant l'hospitalisation ; état général médiocre ; asystolique , insuffisance rénale . Reçoit 8.250 r à titre palliatif ; décès 13 mois plus tard .

Obs. n° 2.778 : VA Simone : 29 ans .

Etait enceinte de 7 mois lorsque sont apparus les premiers signes de la tumeur rectale . Accouchement difficile avec forceps . Vue trois mois et demi après l'accouchement avec un syndrome dysentérique important , l'état général étant bien conservé , envahissement de la cloison recto-vaginale . Traitée par contacthérapie une laparotomie secondaire met en évidence des métastases hépatiques et péritonéales ; décès 11 mois plus tard .

Obs. n° 13.395 : BA Emile : 72 ans .

Maladie de Bouveret connue depuis plusieurs années . Troubles recto-sigmoïdiens depuis cinq ans environ ; bon état

général mais E.C.G. très perturbé (B.B.G.C.). Radiothérapie en plusieurs champs ; décès deux ans plus tard d'un ictus apoplectique, sans signe de récurrence rectale .

Toute tentative d'appréciation de la valeur de ce traitement serait vouée à l'échec de par le trop faible d'échantillons proposés .

Un seul des trois malades cités semble avoir bénéficié de la radiothérapie ; la preuve ayant pu être faite par le médecin traitant du bon état de muqueuse rectale au moment du décès .

5° - Survie après le diagnostic et durée totale d'évolution clinique

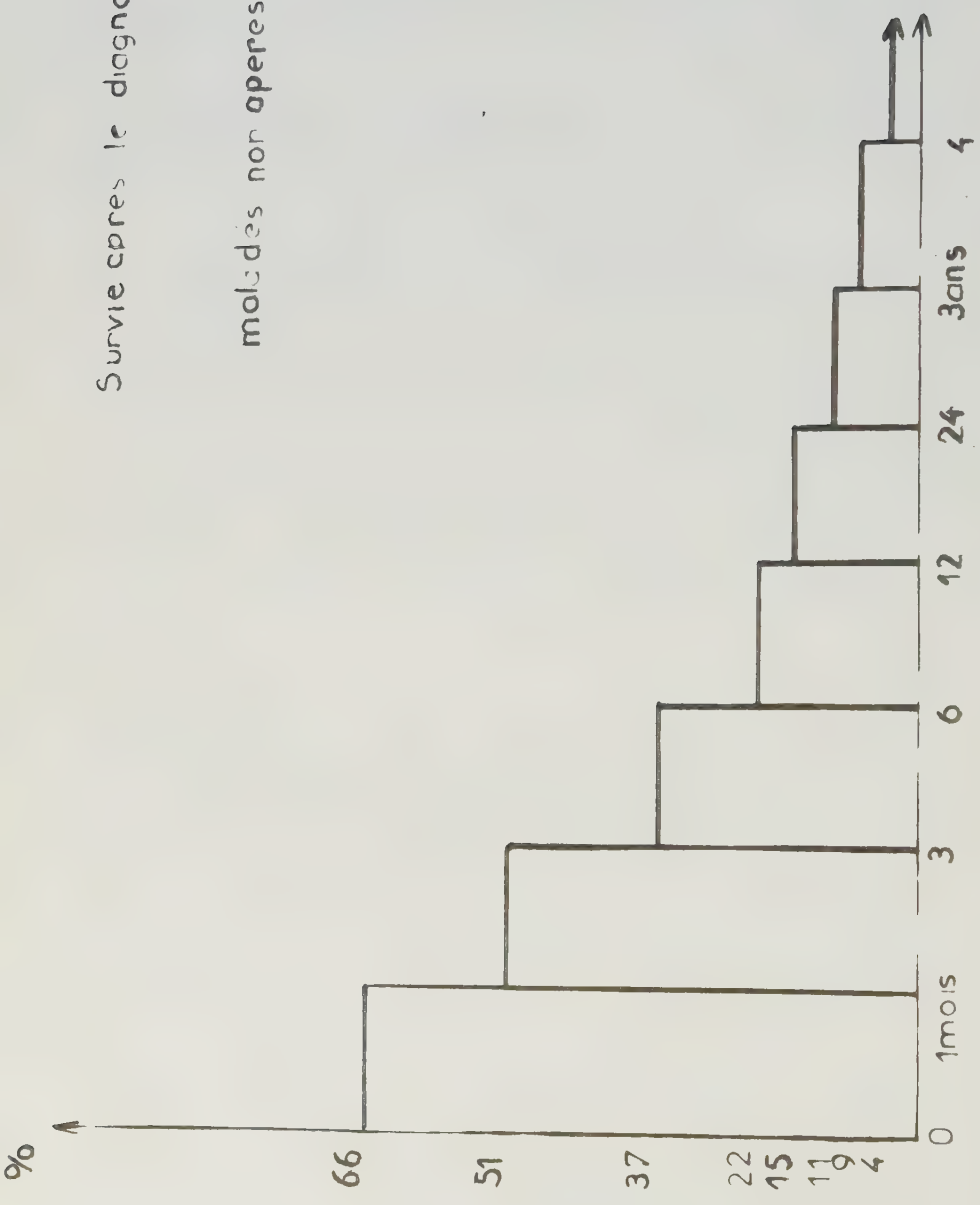
Il nous est difficile d'obtenir beaucoup de précisions sur le devenir de ces malades dont le passage dans le service remonte, pour nombre d'entre eux, à plus de 10 ans. Et si les dates de décès nous sont connues avec une précision suffisante, il n'en est pas de même pour les modalités de cette évolution et ses complications éventuelles. Le calcul de la survie a été établi sur 46 cas, un malade ayant été éliminé par manque d'information sur la date exacte de son décès très probable.

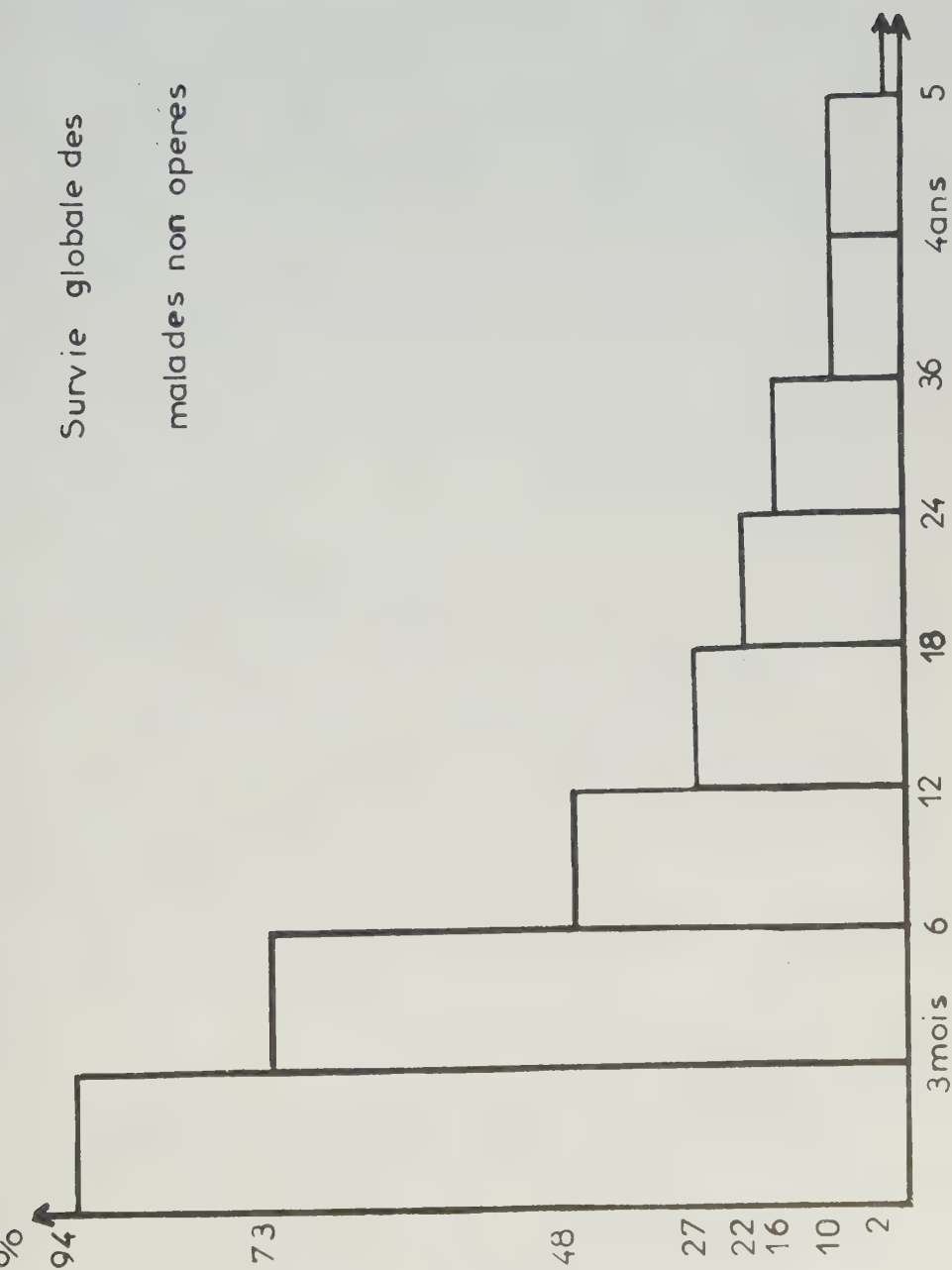
Envisagée d'un point de vue synthétique, la survie après le diagnostic s'établit en moyenne à 239 jours pour les hommes et 335 jours pour les femmes. Ce calcul est en fait statistiquement faux, car établi sur un nombre d'échantillons trop faible et trop dissemblable. A ce calcul de moyenne participaient 4 hommes qu'il convient de distinguer car ce sont eux qui, opérables, ont refusé l'intervention ; ils ont survécu 2 ans en moyenne après le diagnostic. Correction faite de ce facteur d'erreur, la durée réelle de la survie pour les hommes est de 130 jours, une seule femme ayant refusé l'opération indiquée, il n'a pas été nécessaire de corriger les calculs de survie pour le groupe.

Le graphique de la survie en fonction du temps dégage plusieurs faits saillants qui n'apparaissent pas dans les informations tirées des moyennes ; il est donné de voir ainsi que 34% des malades viennent littéralement mourir à l'hôpital, 37% seulement des malades diagnostiqués sont encore en vie 6 mois après le diagnostic ; ce chiffre s'abaisse à 22% au bout d'un an, 15% au bout de 2 ans.

Survie apres le diagnostic

malades non operes





Contrairement à ce que l'on pourrait attendre, les survies post hospitalières record ne sont pas fournies par les malades ayant refusé l'opération : deux d'entre eux ont survécu 3 ans (l'un d'eux serait mort d'un accident cérébral), les deux autres sont morts trois mois et neuf mois après le diagnostic (obs. nos 6.708, 10.399, 19.436, 14.979).

Deux femmes se partagent le privilège d'avoir vécu le plus longtemps après le diagnostic ; la malade de l'obs. 5.876 est décédée cinq ans après la découverte de sa tumeur ; elle était alors âgée de 86 ans. La malade de l'obs. 3.891 est décédée 6 ans après avoir été trouvée porteuse d'une polypose dégénérée ; elle était alors âgée de 79 ans.

A partir des informations précédentes, le calcul de la survie globale depuis les premières manifestations cliniques est aisé.

La courbe de mortalité en fonction du temps présente un aspect parabolique dont la pente est d'autant moins élevée que le temps passe comme s'il existait plusieurs types de tumeur de potentiel malin variable. Lorsque les malades ont franchi le cap de la 1ère année, leur chance de survie, si elles demeurent pratiquement nulles à longues échéances, augmentent cependant dans un temps immédiat (52% de morts la 1ère année ; 26% au cours de la 2ème année, 0% au cours de la cinquième).

Du point de vue synthétique, la survie globale moyenne s'établit à 12 mois et 10 jours pour les hommes, à 22 mois et 25 jours pour les femmes (la discordance entre la durée de survie moyenne depuis les premières manifestations et les résultats graphiques, est expliquée par la nature hétérogène de l'échantillon).

DEUXIEME GROUPE

MALADES SOUMIS A UNE INTERVENTION CHIRURGICALE PALLIATIVE

Sous ce terme, est entendu un type d'opération dont le but est simplement de permettre un transit fécal mécaniquement satisfaisant, sans chercher l'exercice palliatif de

la tumeur. L'anus iliaque gauche définitif réalise parfaitement ce type d'intervention.

De ce groupe de malades, font partie 18 femmes et 15 hommes, soit 16,5% des cas de l'ensemble de notre statistique. Ce taux est à rapprocher de ceux de Gilbersten (59) qui réalise 18,6% de colostomie définitives pour 500 cas opérés, de Mouchet et Coll (94) qui pour 275 cas de cancer anorectaux réalisent 17,4% de colostomies. Peycelon (106) pour 364 cas de cancer du rectum pratique 19% de colostomies définitives. Gregg O. et Chamberlain BE (65) pour 623 opérés, réalisent 99 interventions palliatives, sans en préciser la nature, soit 15,8% ; de même, Bentley et Colcok (12) réalisent 30% d'opérations palliatives ; à la différence des auteurs précédents, Muir (96) ne donne dans sa statistique que 3,8% de colostomie.

Nous n'avons pas jugé utile de distinguer les cas où l'anus iliaque définitif a été réalisé d'après les constatations opératoires et les cas où il a été réalisé de principe sur la foi des constatations cliniques.

Après avoir noté la durée des symptômes préopératoires et les grands traits de séméiologie, nous envisagerons les indications de ce type d'opération, la durée de la survie post opératoire, la durée de la survie globale depuis les premières manifestations cliniques.

DUREE DES SYMPTOMES AVANT L'HOSPITALISATION

Au risque d'endosser une erreur de calcul importante, nous avons exprimé nos résultats par rapport à 100, afin de pouvoir les comparer bien que la faiblesse numérique du groupe ne permette théoriquement pas une telle extrapolation.

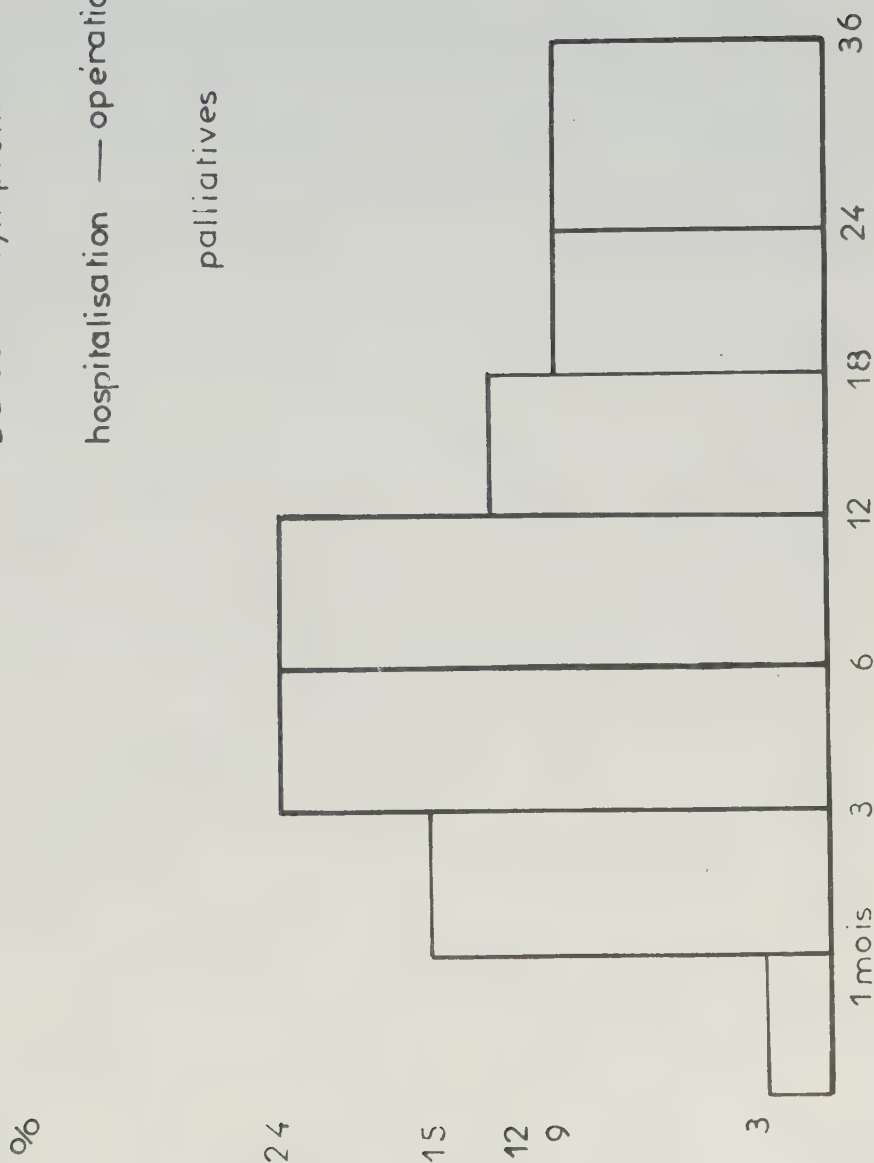
La durée des symptômes au moment du diagnostic était de :

0 à 1 mois pour	3% des cas
1 à 3 mois pour	15,1% des cas
3 à 6 mois pour	24,2% des cas
6 à 12 mois pour ...	24,2% des cas
12 à 18 mois pour ...	12,1% des cas
18 à 24 mois pour ...	9% des cas
plus de 2 ans pour ..	9%.

Durée des symptômes avant

hospitalisation — opérations

palliatives



SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

Ont été relevés des signes de :

- rectorragies	26 fois
- de syndrome rectal	22 fois
- de diarrhée chronique	20 fois
- de baisse de l'état général	24 fois
- de constipation chronique	12 fois
- de complication (occlusion, suppuration)	11 fois
- de métastase	4 fois
- de prurit anal	2 fois

L'examen physique a mis la tumeur en évidence par :

- le toucher rectal : 25 fois, 4 fois le toucher vaginal était également positif ;

- la rectoscopie : 32 fois

- la biopsie dont le résultat était positif : 27 fois (2 fois la biopsie n'a pas été pratiquée parce que totalement inutile) .

Au total 33 malades étaient porteurs d'une tumeur inextirpable, dont le stade évolutif ne permettait qu'une opération de dérivation des matières ; la prédominance féminine était notable (13,1% des hommes et 20,9% des femmes) ; la durée moyenne d'évolution pré-hospitalière était de 13 mois pour les femmes, de 11, 6 mois pour les hommes ; les femmes étaient plus âgées de 3 ans et 1 mois .

La prédominance numérique relative et absolue, la plus grande ancienneté des symptômes, l'âge plus avancé laissaient augurer d'un pronostic plus défavorable encore pour les femmes que pour les hommes . L'étude de leur survie respective nous laissera apprécier la valeur de cette discrimination pronostique préalable .

DIAGNOSTIC D'OPERABILITE PALLIATIVE

La justification de la colostomie palliative se trouve dans les raisons d'ordre général ou local de découverte pré ou péroperatoires .

1° - Causes générales

L'état général était profondément atteint, il existait une anémie clinique ou une cardiopathie décompensée chez 6 malades dont 3 présentaient une tumeur ayant dépassé le stade de l'extirpabilité .

Obs. n° 23.042 : PERR Jules, âgé de 77 ans : consulte une première fois en Mai 1961, pour une diarrhée chronique avec rectorragies : le résultat des examens est alors négatif, hospitalisé en Septembre suivant, présente alors une tumeur ulcero végétante évidente de formule histologique banale dont les premières manifestations cliniques remontent à 6 mois environ ; si les conditions opératoires locales sont alors favorables, une résection curative est alors repoussée devant le mauvais état général (cerebro sclérose importante). Le malade est revu 6 mois plus tard dans un état subocclusif ne permettant plus qu'un anus iliaque définitif ; il était encore en vie en Mars 1964.

2° - Causes locales

Ce sont les caractères de la tumeur qui pour ce groupe ont décidé de la conduite à tenir, la tumeur ayant franchi les limites de la paroi rectale pour s'étendre aux structures de voisinage dont l'extirpation était impossible : 19 malades font partie de ce groupe, comprenant 15 cas d'extension tumorale à la gaine rectale, à la vessie, à la cloison recto-vaginale, 3 cas d'extension sigmoïdienne dont 1 avec ascite néoplasique par greffe péritonéale ; 1 cas de métastase hépatique.

Obs. n° 19.578 : CLA Claudette, âgée de 66 ans : présente depuis trois ans des troubles recto-sigmoïdiens avec une constipation chronique qui s'aggrave et des rectorragies depuis plusieurs mois ; amaigrissement de 10 kilos en 1 an ; le toucher rectal ne met en évidence qu'une fistule rectovaginale ; la rectoscopie montre une lésion de la région recto-sigmoïdienne sans pouvoir en préciser la nature, épithéliomateuse ou inflammatoire, le prélèvement biopsique ne ramène que des fragments de muqueuse normale ; le diagnostic cliniquement certain est confirmé par la découverte opératoire d'une tumeur recto-sigmoïdienne fixée à la paroi pelvienne et d'un lobe gauche hépatique, métastatique ; suites simples après colostomie définitive ; survie 4 ans et 2 mois.

Obs. n° 6.554 : BRE Félicie, âgée de 62 ans : syndrome subocclusif récidivant depuis 2 mois, avec amaigrissement et baisse de l'état général, présente une tumeur implantée sur la face postérieure de l'ampoule rectale de la taille d'un poing obstruant toute la lumière ; la malade refuse l'intervention

alors proposée puis l'accepte trois mois plus tard ; mais il est trop tard : il existe alors une ascite par greffe péritonéale, décès quelques jours après la colostomie.

Obs. n° 10.749 : BOUR Louis, âgé de 58 ans : syndrome rectal datant de trois mois ; tumeur siégeant à 5 cm du canal anal fixe, inopérable ; après colostomie iliaque, un essai de radiothérapie palliative est tenté sans succès. Survie de 7 mois.

Obs. n° 25.605 : MIC Henri, âgé de 59 ans : présente un syndrome rectal depuis 6 mois ; au toucher, sensation de rétrécissement circulaire, dur, serré de l'anus, infiltration circulaire bloquant toute le petit bassin à 3 cm de l'anus ; après colostomie iliaque, radiothérapie palliative, survie actuelle de 15 mois avec métastases iliaques, dorsales et scapulaires.

3° - Décès après colostomie

8 malades sont décédés après colostomie ; colostomie qui pour certains était un premier temps opératoire, pour d'autres constituait la seule intervention possible.

Obs. n° 18.076 : CO Antoine, âgé de 60 ans : syndrome rectal durant depuis 14 mois ; toucher négatif, rectoscopie : epithelioma de la taille d'une prune entouré de polypes sessiles et pédicules à dégénérescence multiple ; colostomie le 4 Novembre 1958 ; décès le 11 Novembre après plusieurs arrêts respiratoires et collapsus ; vérification : péritonite à pus franc, anses grêles dilatées agglutinées, 5 métastases hépatiques.

4° - Occlusion

Un seul malade n'a reçu qu'une colostomie parce qu'il était en occlusion, sa disparition après l'opération ne nous a pas permis de savoir si un deuxième temps opératoire a pu être pratiqué ; survie de plus de 12 mois.

STATISTIQUE DES SURVIES

a) Survie post opératoire

En ce qui concerne la mortalité post opératoire primaire, elle est extrêmement élevée puisque 14 malades (42,4% du groupe) sont décédés au cours du mois suivant l'opération.

Obs. n° 17.243 :

TRI Anne, 76 ans : hypertendue, diabétique, bien équilibrée, avec artérite et polynévrite des membres inférieurs ; présente une polypose dont les premières manifestations datent de 10 ans ; au toucher, grosse masse bourgeonnante implantée au sommet de l'ampoule rectale ; épithélioma banal ; la tumeur est inextirpable ; A.I.G.D. ; effondrement de l'état général deux jours après l'opération, décès.

L'analyse des causes de décès post opératoire primaire n'apporte pas de précision intéressante mettant en évidence un fait précis susceptible d'être modifié ; il semble dans la plupart des cas se produire un effondrement des défenses de l'organisme incapable de supporter l'épreuve de ce geste opératoire dont la bénignité technique contraste avec la gravité des conséquences.

Obs. n° 21.927 :

BAT Eugène, 65 ans : début des troubles par une constipation opiniâtre, 7 mois plus tôt ; syndrome rectal complet plus récent, on renonce à l'amputation devant l'envahissement de la prostate, de la gaine périmrectale ; décès quelques jours après l'opération (urémie, collapsus cardiovasculaire).

La discrimination pronostique d'après les constatations cliniques entre hommes et femmes se vérifie ici puisque 9 femmes sur 18 sont décédées un mois après l'opération et seulement 5 hommes sur 15 dans les mêmes conditions. La survie moyenne est de 6, 7 mois pour les hommes et de 5, 6 mois pour les femmes.

Le graphique annexé au paragraphe nous épargnera un long commentaire pour décrire la courbe de mortalité dont la pente la plus forte se trouve dans la période la plus proche de l'opération ; un seul malade survit plus de trois ans (obs. n° 19.578 citée).

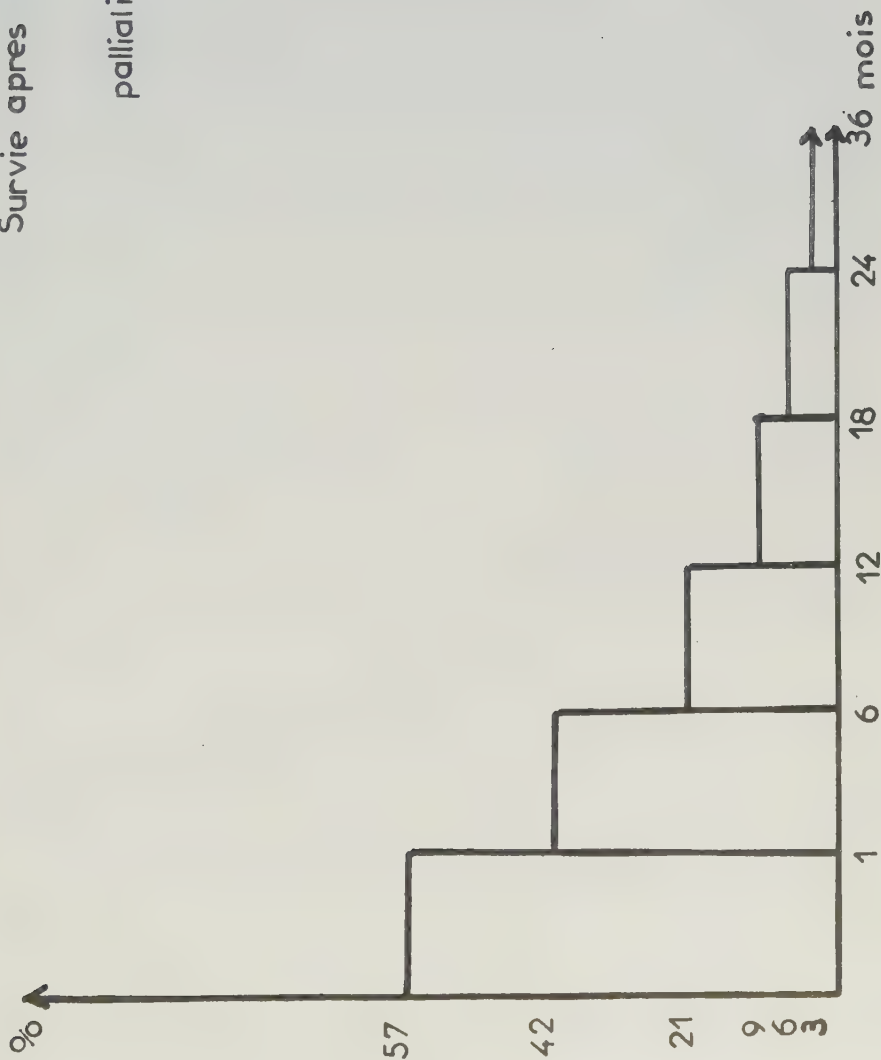
b) Survie globale

La représentation graphique de la durée dévolution clinique totale offre une fois encore l'avantage de mettre en évidence les faits les plus saillants :

- 58% des cas ont une survie égale ou inférieure à un an ;

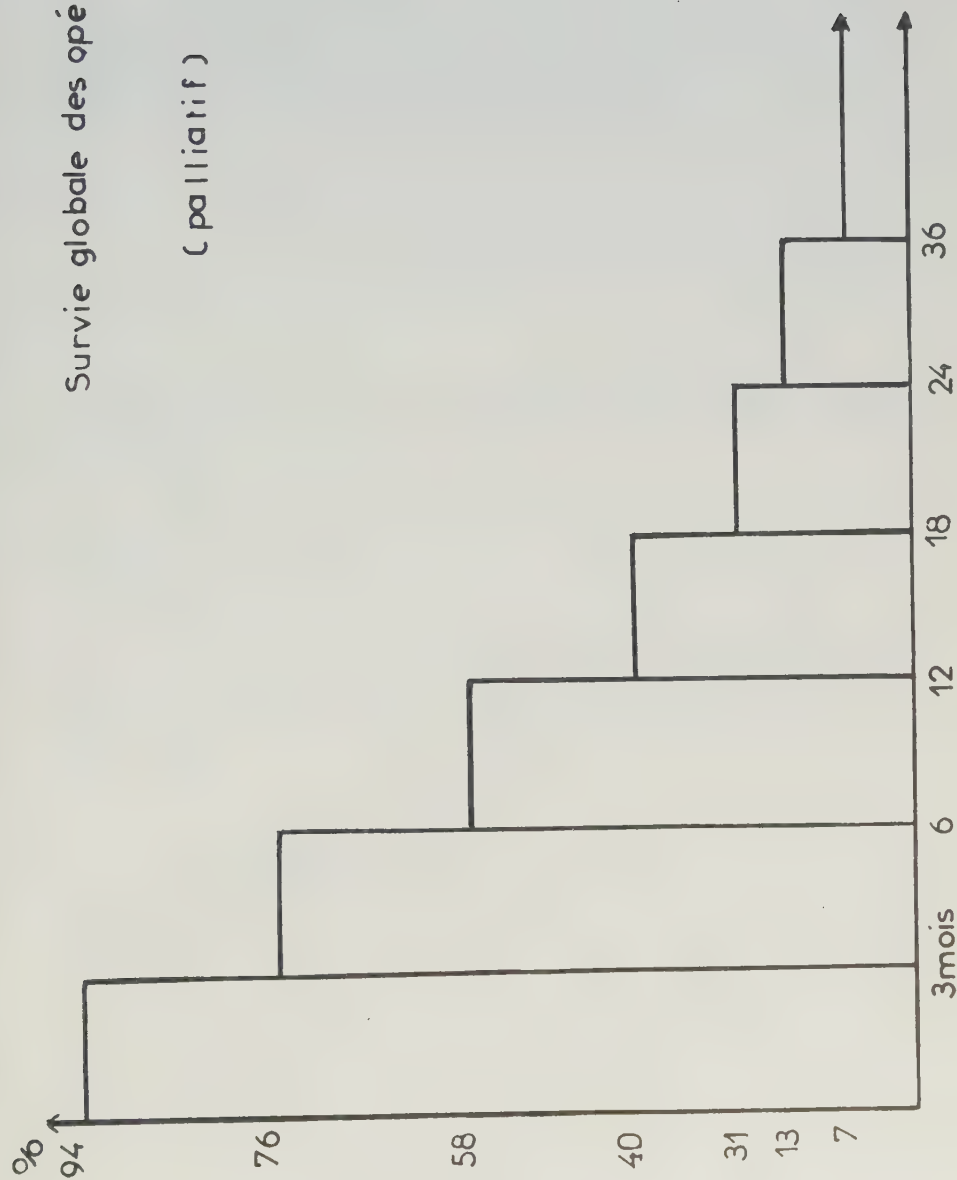
Survie apres operations

palliatives



Survie globale des opérés

(palliatif)



- 31% évoluent pendant deux ans ou moins, compte tenu du fait qu'il s'agit de malades incurables, il est logique de penser que l'on est en présence de tumeurs à potentialité évolutif élevé.

On peut bien entendu citer des survies de durée remarquable, mais elles n'affectent guère la survie moyenne du groupe ; nous pouvons citer à ce propos encore une fois l'obs. n° 19.758 dont la durée d'évolution record est de 87 mois.

TROISIEME GROUPE

MALADES SOUMIS A UN TRAITEMENT RADIOTHERAPIQUE CURATEUR

Bien que d'importance numérique très faible, ce groupe de malades justifie d'un chapitre spécial de par le caractère particulier du traitement pratiqué ; cinq malades ont reçu un traitement radiothérapique à visée curative (4 femmes et 1 homme), soit 2,5% du groupe.

Tout calcul de moyenne étant hors de propos, chaque malade prenant une individualité propre, nous avons jugé utile d'exposer plus en détail que de coutume les observations des malades.

Obs. n° 1 (20.244) :

PUP Jean Marie, 76 ans : mère morte d'un cancer de l'estomac, frère mort d'un cancer de la prostate ; rectorragies et syndrome rectal depuis 3 ans, tumeur de la taille d'une grosse noix dont l'aspect est celui d'un polype dégénéré ; nature maligne confirmée par l'histologie ; contacthérapie au centre Léon Bérard, le 30 Janvier 1960 ; un mois après les troubles fonctionnels ont disparu, survie actuelle de plus de 3 ans, sans incident.

Obs. n° 2 (10.277) :

RI Jeanne, 63 ans : découverte d'un polype rectal muet au cours d'un toucher systématique pour un examen utérin ; apparition secondaire d'un syndrome rectal typique ; taille

d'une petite noix ne saignant pas spontanément ; épithélioma typique ; des antécédents d'hémiplégie, bien que régressive, font repousser l'indication chirurgicale ; contactthérapie, survie actuelle de plus de 10 ans.

Obs. n° 3 (9.546) :

RO Maria, 68 ans : père mort d'un cancer de la prostate ; rectorragies depuis un mois, petit cancer bourgeonnant dans la concavité sacrée ; la malade ne se fait faire que deux séances de contactthérapie sur les trois prévues ; revue six mois plus tard, présente alors une tumeur inextirpable ; colostomie définitive à titre palliatif ; décès un mois plus tard dans un tableau de cachexie et blocage de tout le petit bassin.

Obs. n° 4 (25.787) :

TRO Francine, 54 ans : cancer du rectum traité trois ans plus tôt par radiothérapie ; récidence hémorragie un an plus tard nécessitant une exeresse locale, puis une colostomie peu après ; hospitalisée dans le service du Pr Levrat pour un tableau de carcinose pelvienne au stade terminal, survie de 9 mois.

Obs. n° 5 (15.357) :

VER Marie, 75 ans : les premiers troubles rectaux datent de 4 ans ; la première consultation pour ce motif date de 2 ans ; elle est alors négative ; aspect de tumeur villeuse dégénérée confirmée par l'histologie ; contactthérapie au centre Léon Bérard, quelques temps après muqueuse d'aspect normal, recul de survie actuelle de 5 ans sans incident.

La faiblesse numérique du groupe de ces malades nous limitant, nous l'avons dit, dans l'établissement des commentaires généraux, nous ne pouvons que formuler quelques réflexions fragmentaires.

Trois malades du cinq semblent présenter tous les caractères de la guérison (obs. nos 1, 2 et 5) ;

L'obs. n° 3 constitue un cas particulier par la mauvaise conduite technique du traitement, par la faute du malade ; la tumeur inextirpable six mois plus tard aurait-elle guéri avec une troisième séance de contactthérapie ?

L'obs. n° 4 constitue un échec manifeste du traitement premier ; l'indication de celui-ci était-elle parfaitement justifiée ?

L'impression d'ensemble qui se dégage de ces cinq observations est cependant celle extrêmement favorable d'une guérison possible sans traumatisme moral ou physique dans certains cas très précis de tumeur rectale bien limitée.

Electrocoagulation

Un seul malade a été soumis à ce type de traitement.

Obs. 26.437 :

CHAM Joannès, 75 ans : scène clinique typique de rectorragies et de syndrome rectal due à un petit polype inflammatoire à court pédicule de la taille d'un petit pois dont la nature maligne était affirmée par l'histologie ; électrocoagulation en masse du polype (Dr Chabanon) survie actuelle de 6 mois sans incident.

QUATRIEME GROUPE

MALADES SOUMIS A UNE INTERVENTION RADICALE

115 malades ont subi une exérèse curative de leur néoplasme (76 hommes et 39 femmes) représentant une opérabilité de 57,5% pour l'ensemble des hospitalisés, moyenne comparable à celle des chiffres publiés :

DARGENT	79%
MOUCHET	78%
GILBERTSEN (USA)	78%
PEYCELON	81%
CAHEN (Belgique)	92%
Mc SWAIN BARTON & SADLER (USA)	69%
METZL (Allemagne)	49%
WENDT (Allemagne)	39,2%
VAINO (Finlande)	60%
MUIR (Angleterre)	77,8%
PETITGREW (Canada)	60%
BENTLEY COLCOK (USA)	90%
COFFE & VIGONI (Belgique)	84%
M. ROUX	80%
HUGUES (Australie)	90%

Il est difficile de comparer des paramètres de phénomènes différents.

Un examen superficiel pourrait donner à penser que le taux d'exérèse radicale de notre statistique est un des plus bas rapportés ; avant de conclure ainsi, il est nécessaire de faire intervenir dans cette appréciation plusieurs facteurs : le taux d'exérèse est donné d'après l'ensemble des malades hospitalisés pour un cancer du rectum et non pas seulement d'après l'ensemble de ceux qui subissent une intervention chirurgicale ; à la différence de la plupart des travaux publiés, notre statistique émane d'un service de médecine à orientation gastro-entérologique ; ceci est un facteur défavorable car la sélection des bons et des mauvais cas d'une affection chirurgicale se fait toujours au profit du chirurgien.

Nous allons d'abord dégager les grands traits de séméiologie clinique et paraclinique de ce groupe avant d'en étudier le devenir selon le type d'intervention subie.

I.- DUREE DES SYMPTOMES AVANT L'HOSPITALISATION

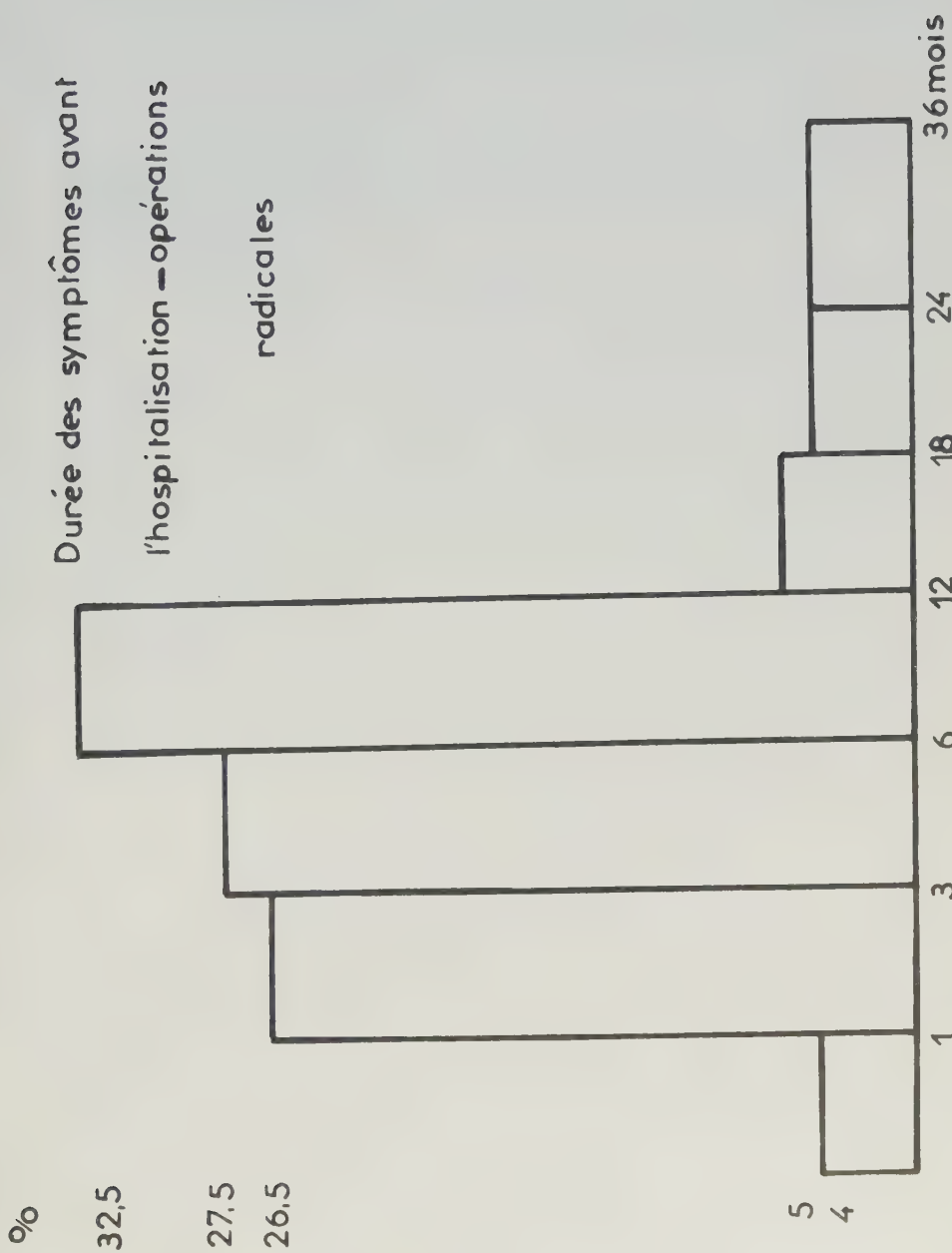
La durée des symptômes au moment du diagnostic, calculée d'après 105 cas connus était de :

O à 1 mois pour	4% des cas	
1 à 3 mois pour	26,5%	-
3 à 6 mois pour	27,5%	-
6 à 12 mois pour	32,5%	-
12 à 18 mois pour	5%	-
18 à 24 mois pour	4%	-
2 à 3 ans pour	4%	-

II.- SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

Ont été relevés des signes de :

- rectorragies	92 fois
- de syndrome rectal	80 fois
- de diarrhée et de syndrome dysentérique ..	72 fois
- de constipation	33 fois
- de complication (occlusion, suppuration) ..	27 fois
- de signes atypiques (suintement, prurit) ..	10 fois
- de signes d'origine métastatique	3 fois
- une baisse de l'état général a été constatée	56 fois.



L'examen physique a mis la tumeur en évidence :

- par le toucher rectal 83 fois
- la rectoscopie 102 fois
- la biopsie dont le résultat était positif .. 98 fois

La symptomatologie du cancer rectal est monomorphe. On ne saurait être surpris de ne constater aucune différence avec les formes inopérables, exception faite des signes dus aux métastases.

III.- TECHNIQUES OPERATOIRES ET RESULTATS IMMEDIATS

Deux types de techniques opératoires se partagent la chirurgie du cancer du rectum : celles conservant la fonction sphinctérienne (recto-sigmoïdectomie, abaissement transanal, opération de Babcock et Bacon) ; les opérations ne conservant pas la fonction sphinctérienne (amputation abdominopérineale périnéale simple ou élargie, périneo-coccygiennes, perineo-rectale, perineo-sacrée, opération de Hartmann, de Luckardt Mummery, colectomie totale avec protectomie). Les controverses actuelles que suscitent telle ou telle technique ne sont pas de notre propos. Si nous isolons ces deux variantes chirurgicales ; c'est parce qu'elles représentent deux types de technique aux incidences différentes dont les indications sont fournies en principe par le siège haut ou bas de la tumeur.

A) Opérations permettant la conservation de la fonction sphincterienne

De par l'absence de mutilation et l'apparente conservation du transit fecal physiologique, elles se sont acquies la faveur du malade et de nombreux chirurgiens qui essaient d'en étendre les indications au maximum afin d'épargner à leur patient les inconvénients physiques et psychiques d'un anus contre nature définitif ; la recto-sigmoïdectomie représentant au rectum ce que fut la colectomie idéale pour les cancers des colons.

De ce groupe, font partie 34 hommes et 20 femmes, représentant 47% des opérés de façon radicale et 27% du total.

Obs. n° 20.482

COR Claude, 65 ans : a un oncle maternel décédé d'un cancer de l'estomac. Troubles de type recto-sigmoïdien depuis

quelques jours. Etat subocclusif ; représente une tumeur de la jonction recto-sigmoïdienne avec une seconde tumeur plus petite au niveau de l'ampoule. Epithélioma vilieux à cellules rondes. Résection perineo abdominale avec conservation du sphincter. Suites simples.

Obs. n° 18.340

BEN Abdelkader, 32 ans : syndrome dysentérique depuis 6 mois avec rectorragies depuis 1 mois. Epithélioma du rectum bas situé. Résection avec bout à bout pour éviter l'infirmité. Occlusion du grêle 8 jours plus tard : intervention, agglutination d'anses par dépôts fibrineux. Suites simples.

Obs. n° 6.969

BER Marie, 77 ans : troubles de type recto-sigmoïdien depuis 6 mois. Epithélioma de la jonction recto-sigmoïdienne Exerese avec bout à bout en trois plans avec ablation de l'utérus et des annexes (fond utérin envahi). Caecostomie de décharge.

Obs. n° 18.344

PEP Marie-Louise, 72 ans : troubles recto-sigmoïdiens depuis 2 ans. Subocclusion à l'entrée au service. Epithélioma colloïde à 12 cm de la marge de l'anus. Recto-sigmoïdectomie par voie abdominale avec rectorrhaphie en un plan. Suites simples. Récidive deux ans plus tard.

Le siège de leur tumeur était :

recto-sigmoïdien	17 fois
ampullaire haut	28 fois
ampullaire bas	9 fois

La présence de 9 tumeurs à localisation basse dans ce groupe s'explique par l'existence de conditions exceptionnelles lors de l'opération ayant permis une réalisation technique en principe irréalisable. Nous verrons d'ailleurs que les complications n'ont pas manqué après ces audacieuses tentatives.

Ont été pratiquées 38 recto-sigmoïdectomies sur 50 interventions dont une avec anus aliaque fermé 3 mois plus tard, une autre avec ablation des annexes. A été cité dans le groupe le seul cas de locotomie pour ligature de polypes epithéliomateux.

Mortalité post-opératoire primaire

Nous avons compté 9 décès pendant le mois suivant l'intervention, soit une mortalité opératoire de 16% (8 hommes et 1 femme). Les taux publiés sur ce point sont très inégaux variant de 2,2% (Swinton 131) ; 9,8% (Mayo Cullen 87) ; 21% (Peycelon 106) ; 23,5% (Metzl 90).

Parmi les causes de décès de ces 9 malades, on relève
- un lachage de suture après locotomie et ligature de polypes au 4ème jour ;

- une péritonite avec urémie après opération de type Bacon ;

- une anémie de cause indéterminée ;

- des troubles métaboliques de cause indéterminée ;

- une urémie avec choc fébrile au 18ème jour ;

- une embolie du carrefour aortique au 20ème jour ;

- une embolie pulmonaire au 18ème jour.

Complications post-opératoires non mortelles

- fistule : ce sont les complications les plus fréquemment observées ; simples ou multiples, elles ont été rencontrées chez 10 malades (cinq hommes et cinq femmes). Dans un cas, la fistule était le premier temps d'une évolution qui allait devenir gravissime avec l'apparition d'un sphacèle se terminant par une hémorragie mortelle de l'artère hypogastrique au 53ème jour après l'opération.

- les hémorragies : observées chez trois malades, nous venons de signaler la plus grave, les autres furent banales et cédèrent à la thérapeutique symptomatique.

- les embolies : en furent victimes 3 malades : 2 mortelles (poumon et carrefour aortique) ; la troisième, pulmonaire, céda à la thérapeutique habituelle.

- les occlusions du grêle : la première au 8ème jour après l'opération céda après intervention chirurgicale ; la deuxième fut mortelle un peu plus d'un mois après l'opération initiale ; due à une bride fibrineuse, elle entraîna la rupture de l'anse distendue.

Au total : 24 opérations sur 54 furent suivies de complications parmi lesquelles, on observa :

- 10 fistules	(18,5% des cas)
- 3 hémorragies	(5,5% - -)
- 1 lachage de sutures	(1,8% - -)
- 1 péritonite	(1,8% - -)

- 2 urémies	(3,6%	- -)
- 1 trouble métabolique	(1,8%	- -)
- 2 occlusions du grêle	(3,6%	- -)
- 3 embolies	(5,5%	- -)

B) Opérations entraînant la perte de la fonction sphinctérienne

42 hommes et 19 femmes font partie de ce groupe représentant 30,5% du total des malades et 53% du total des opérés de façon radicale (Mouchet (94) 60,7% ; Peycelon (106) 37,7% ; Cahen (25) 50% ; Muir (96) 76,7%).

La proportion d'opérations mutilantes pratiquée chez nos malades est comparable à celle enregistrée pour la plupart des auteurs, à l'exception du Pr Peycelon pour l'école lyonnaise.

Obs. n° 22.782

BAU Maria, 62 ans : constipée chronique, présente un syndrome recto-sigmoïdien depuis un an. Amputation abdomino perineale qui emporte l'utérus et le rectum en bloc. Dans les suites apparaît une fistule urétérovaginale qui conduira secondairement à une insuffisance rénale nécessitant une néphrectomie droite. Le malade est vue dans le service du Pr Levrat dix ans plus tard pour des hémorragies intestinales en rapport avec un abcès péricolique autour de l'anus iliaque définitif - sans signe de récurrence néoplasique.

Obs. n° 12.241

FRI Célestine, 69 ans : des rectorragies récidivantes font pratiquer des investigations à l'origine d'un diagnostic d'hémangiopericytome malin du rectum. La tumeur siège à la limite supérieure du sphincter anal : tumeur bourgeonnante implantée sur une base étroite, le pôle supérieur est libre dans l'ampoule rectale. Amputation abdomino perineale avec anus iliaque gauche définitif. Pièce : masse tumorale en raquette de 5 cm de long sur 3 de large, aspect violacé, vallonné, vasculaire.

Survie de 2 mois avec métastases pulmonaire multiples.

Obs. n° 18.763

ROS Claudius : 68 ans : troubles recto-sigmoïdiens depuis 5 mois. Grosse tumeur bourgeonnante à 5 cm de l'anus. Petite hepatomegalie avec circulation collatérale d'origine éthylique. Amputation perineo-coccygienne avec AIG. Récidive sur la cicatrice perineale 15 mois plus tard.

Obs n° 26.217

FON Jules, 64 ans : insuffisant respiratoire, troubles recto-sigmoïdiens depuis 3 mois ; tumeur de la moitié postérieure de l'ampoule de 4 cm de diamètre ; amputation périneo rectale sous trachéotomie ; suites simples.

Le siège de la tumeur était :

- recto-sigmoïdien		8 fois
- ampullaire haut		21 fois
- ampullaire bas		32 fois

La technique opératoire

Suivie pour les opérations mutilantes a été moins univoque que pour les opérations conservatrices : pour 61 interventions, il a été pratiqué 28 amputations abdomino périneales dont 2 avec ablation des annexes, 28 amputations périneales simples ou élargies, 3 opérations de Hartmann, 1 opération de Luckardt Mummery, 1 colectomie avec protectomie pour polypose familiale dégénérée, 1 opération de Lisfranc.

La mortalité post-opératoire primaire

La mortalité per opératoire étant nulle, nous avons compté 8 décès pendant le mois suivant l'opération, soit une mortalité postopératoire primaire de:13,1% (Dargent : 15% ; Mouchet : 5% ; Cahen : 6% ; Mc Swain Barton et Sadler : 8,2% ; Muir : 7,8% ; Metzl : 10%.

L'unanimité existe pour constater la mortalité faible des opérations mutilantes, à l'exception de Gregg et Chamberlain pour qui les amputations abdomino périneales sont trois fois plus souvent mortelles que les résections antérieures (65).

Parmi les causes de décès de ces 8 malades, nous avons relevé :

- un délirium au 5ème jour après l'opération ;
- une anurie au 20 ème jour après l'opération de Hartmann ;
- une défaillance cardiaque au 5ème jour.

Les complications post opératoires non mortelles

Leur fréquence est considérablement moindre que pour les opérations mutilantes ; ont été seulement observées 2 phlébites, 1 infection pulmonaire, 1 cellulite septique sous péritonéale ; 1 hémorragie par la plaie opératoire, 1 fistule urétéro-vaginale cause de nephrectomie droite secondaire.

IV.- SURVIE POST OPERATOIRE

A) Opérations non mutilantes (permettant la conservation de la fonction sphinctérienne).

Des 54 malades de ce groupe (20 hommes et 34 femmes), 9 sont décédés pendant le mois suivant l'opération (mortalité post-opératoire primaire) ; lors de la période prise comme terme pour l'établissement de notre statistique vivait un malade dont l'opération ne datait que de 9 mois, il a donc été éliminé du calcul de survie. Nous avons appelé survie réelle, la survie sans distinction de mortalité opératoire et survie corrigée, la survie théorique après élimination de la mortalité post-opératoire primaire.

Au cours de la 1ère année, nous avons compté 10 décès :

- 3 le premier mois (occlusion, sphacèle, cause inconnue) ;

- 2 le troisième mois (sphacèle et cause inconnue) ;

- 1 le cinquième mois (cause inconnue) ;

- 1 le neuvième mois (cause inconnue) ;

- 2 le onzième mois (récidive) ;

- 1 le douzième mois (récidive).

Etaient en vie 1 an après l'opération :

34 malades soit 64,5%

survie corrigée 81,1%

Au cours de la 2ème année, nous avons compté 10 décès :

- 2 le deuxième mois (récidive et cause inconnue) ;

- 1 le troisième mois (fistule) ;

- 1 le cinquième mois (cause inconnue) ;

- 1 le septième mois (récidive) ;

- 1 le huitième mois (dissémination multiple) ;

- 1 le dixième mois (métastase) ;

- 3 le douzième mois (récidive, métastase hépatique, cause inconnue).

Etaient en vie 2 ans après l'opération :

- 22 malades soit 43,1%

survie corrigée 60,7%

(2 malades dont le recul n'était pas suffisant n'ont pas participé au calcul).

Au cours de la 3ème année, nous avons compté 2 décès
- 2 le douzième mois (métastase hépatique, cause inconnue).

Etaient en vie 3 ans après l'opération :

- 20 malades soit 39,2%
survie corrigée 56,8%

Au cours de la 4ème année, nous avons compté 2 décès

- 1 le cinquième mois (métastase hépatique)
- 1 le douzième mois (récidive).

Etaient en vie 4 ans après l'opération :

18 malades soit 35,2%
survie corrigée 52,9%

Nous avons compté un seul décès au cours de la 5ème année.

SURVIE CINQ ANS APRES OPERATION :

17 malades, soit 33,3%
survie corrigée 50,9%

Quelques survies remarquablement longues ont été observées : cinq cas entre 5 et 7 ans, trois entre 7 et 9, une survie de 10 ans, une de 11 ans et une de 12 ans.

B) Opérations mutilantes-(entraînant la perte de la fonction sphinctérienne) :

Dés 61 malades de ce groupe (19 femmes et 42 hommes) 8 sont décédés au cours du mois suivant l'opération (mortalité post opératoire primaire) ; 4 malades ont été perdus de vue, un malade était en vie depuis moins d'un an ; compte tenu de ces faits, le calcul de la durée de survie fut établi sur une base de 56 cas.

Au cours de la 1ère année, nous avons compté 14 décès :

- 3 le deuxième mois (cachexie, métastase, pulmonaire, cause inconnue) ;
- 2 le troisième mois (blocage pelvien, cause inconnue) ;
- 1 le sixième mois (cause inconnue) :

- 2 le septième mois (cause inconnue, métastase osseuse) ;

- 2 le neuvième mois (récidive locale, cause ignorée) ;

- 2 le dixième mois (cause ignorée) ;

- 2 le douzième mois (récidive) .

Etaient en vie un an après l'opération :

- 34 malades, soit 60,7%

survie corrigée 75% .

Au cours de la 2ème année, nous avons compté 5 décès :

- 2 le deuxième mois (azotémie mécanique, cause ignorée) ;

- 1 le cinquième mois (cause ignorée) ;

- 1 le huitième mois (métastase cérébrale) ;

- 1 le douzième mois (métastase multiple) .

Etaient en vie 2 ans après l'opération :

29 malades soit 51,7%

survie corrigée 66%

Au cours de la 3ème année, nous avons compté 6 décès :

- 1 le deuxième mois (cause ignorée) ;

- 2 le quatrième mois (cause ignorée) ;

- 1 le sixième mois (infarctus myocardique) ;

- 2 le douzième mois (cause ignorée) .

Etaient en vie 3 ans après l'opération :

23 malades soit 40%

survie corrigée 55,3%

Au cours de la 4ème année, nous avons compté 4 décès :

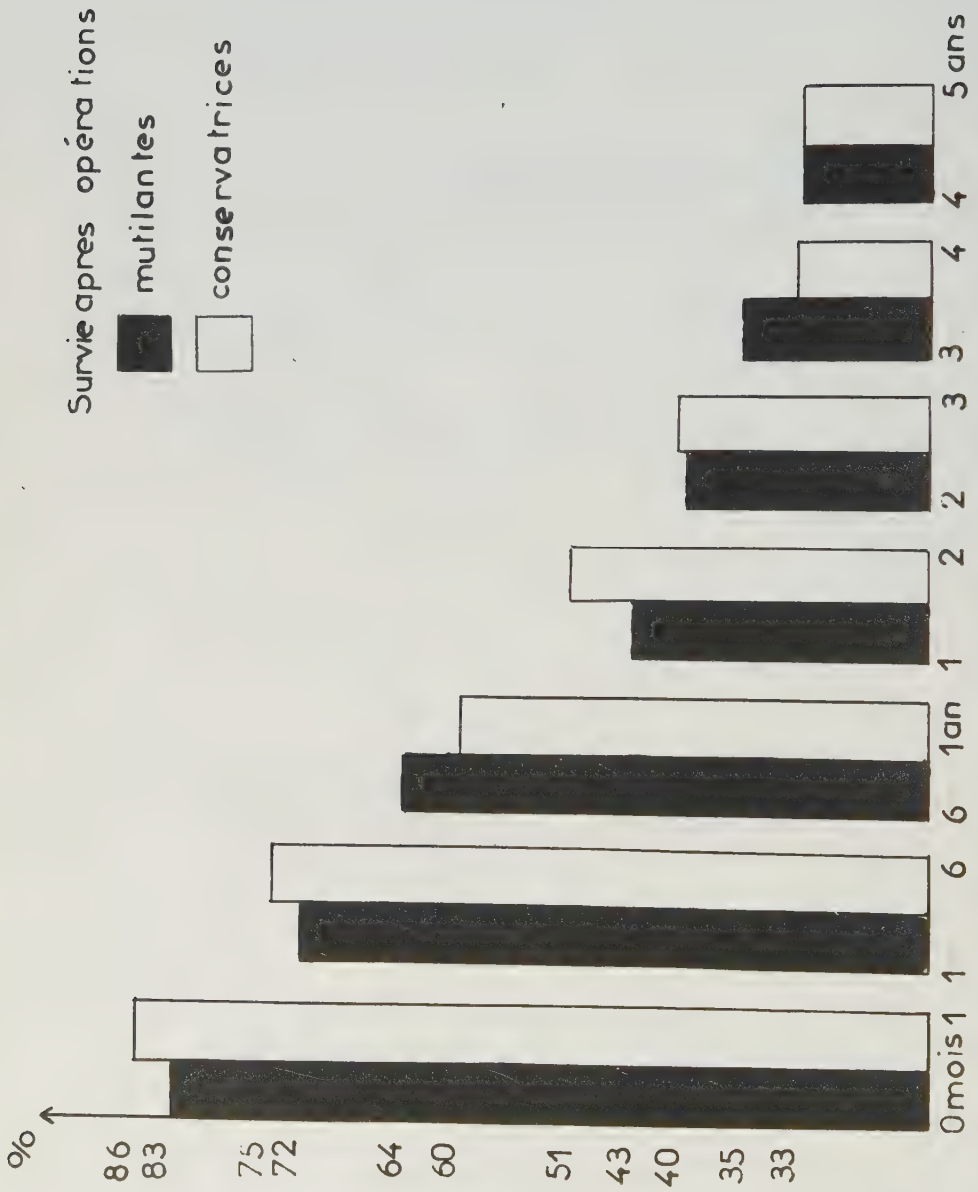
- 1 le premier mois (choc après radiothérapie pour récidive) ;

- 1 le deuxième mois (cause ignorée) ;

- 1 le quatrième mois (cause ignorée) ;

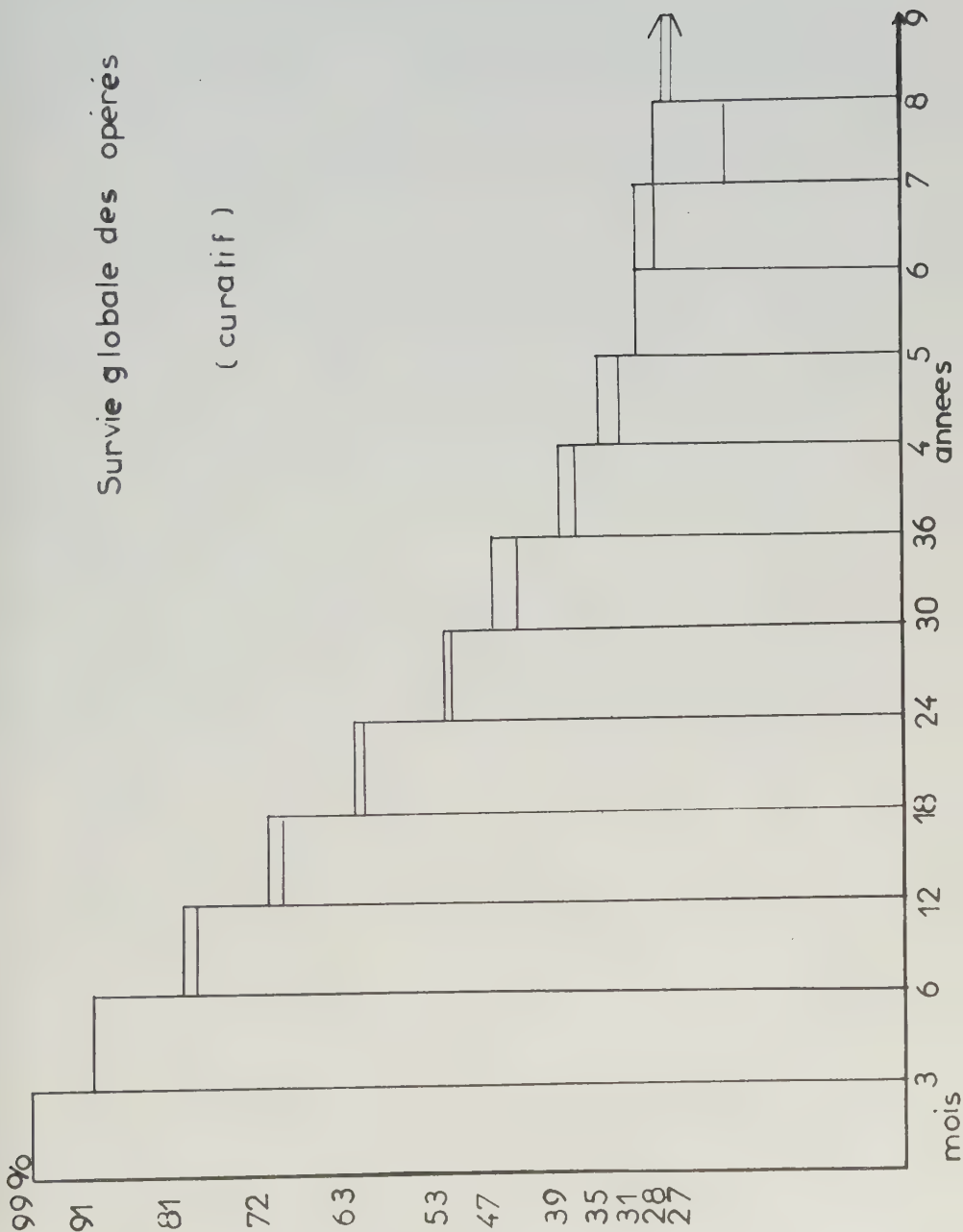
- 1 le septième mois (cachexie) .

Il n'y eut aucun décès au cours de la 5ème année



Survie globale des opérés

(curatif)



SURVIE CINQ ANS APRES L'OPERATION :

19 malades soit 33,9%

survie corrigée 48,1%

Quelques survies remarquables ont été observées :

6 cas entre cinq ans et sept ans, 1 cas entre sept ans et neuf ans.

SURVIE COMPAREE DES OPERATIONS MUTILANTES ET NON MUTILANTES

La représentation graphique des résultats comparés des opérations de chaque type nous permet de mettre en relief :

La mortalité postopératoire primaire est plus grande pour les opérations mutilantes (16,9% et 13,1%). Ces taux sont à comparer à ceux de Colcock (32-33) : 7,5%, de Gabriel (57) : 11,6%, de Coller (x) : 10%, pour les opérations mutilantes ; à ceux de Mayo et Cullen (87) : 9,8%, de Swinton (130) : 2,2%, de Waugh et Turner (140) : 3,4%, de Bacon et Mac Gregor (5) : 4,1%, pour les opérations non mutilantes.

Compte tenu de la mortalité postopératoire primaire, la différence de survie n'est perceptible qu'à la fin de la 2ème année (51,7% et 43,1%). On peut remarquer qu'à cette période, les décès par récurrence connue ont été au nombre de 5 pour les opérations conservatrices et de 2 pour les opérations mutilantes. Si le taux de survie diffère dans les deux années suivant l'opération, il n'en est pas de même à la fin de la cinquième année puisque les résultats sont sensiblement voisins (33,9 et 33,3%, 50,9 et 48,1% pour la survie corrigée).

DUREE TOTALE D'EVOLUTION CLINIQUE

Nous représentons sur le tableau correspondant la durée totale d'évolution du cancer ayant mérité la chirurgie curative depuis l'apparition des premières manifestations cliniques ; le cas des malades en vie au mois de Décembre 1963 est isolé par un pallier spécial au sommet de chaque colonne.

Un seul des malades a vu son affection évoluer moins de trois mois, et huit entre trois et six mois.

Plus remarquable encore que dans les groupes précédents la courbe de mortalité en fonction du temps illustre ici cette règle qui veut faire espérer la guérison à celui qui franchit le cas des deux ou trois premières années d'évolution : neuf malades dont 6 étaient en vie à l'époque où fut close la statistique ont bénéficié d'une survie de 7 à 8 ans, sept malades dont cinq étaient en vie à l'époque suscitée ont survécu entre neuf et douze ans.

AUTEUR	Nombre de cas	Type d'opé- ration	Mortalité post-opé- ratoire primaire	Survie à 5 ans
Bacon Mac Greg	472	<u>Mutilante</u>	2,7%	53,2%
Binkley	211	-	13,2%	50,5%
Coffe	168	-		45%
Colcock	146	-	7,5%	47,5%
Coller	543	-	10%	55,6%
Gabriel	468	-	11,6%	50%
		<u>Conservatrice</u>		
Coffe		-		34%
Mayo Cullen	250	-	9,8%	52,2%
Swinton	176	-	2,2%	50%
		<u>Mutilante ou :</u>		
		<u>Conservatrice</u>		
Cahen	136	-		42,5%
Dargent	251	-	15%	26,28%
Dukes		-		40%
Gilbertsen	501	-	4,4%	39%
Grinell		-		28,6%
Hugues	347	-	5,4%	64,8%
Mc Swain Barton				
Sadler	336	-	8,2%	31,3%
Metzl	163	-	16,5%	45,2%
Mouchet	214	-	5,6%	62,43%
Muir	314	-	7,5%	47,5%
Peycelon	364	-	21%	37,5%
		<u>Abdo-Peri</u>		
		<u>avec conser-</u>		
		<u>vation sphincter</u>		
Babcock	328		3%	55,5%
Bacon Mac Greg	699		4,1%	55,1%
Waugh Turner	166		3,4%	55,5%

SURVIE GLOBALE DANS LE CANCER DU RECTUM

En définitive, de tous les malades atteints de cancer du rectum opérés ou non dont la survie a pu être étudiée sur trois ou cinq ans, nous comptons une moyenne de 26% de survivants au-delà de 3 ans, 16% de survivants au-delà de cinq ans, survies calculées depuis l'apparition des premiers signes cliniques. Quatre d'entre elles sont supérieures à 10 ans et se poursuivent encore. En tenant compte d'un facteur de mortalité naturelle évalué à plus de 40% au cours de la 7ème décade, on peut donc dire que la guérison d'un cancer du rectum, pour rare qu'elle soit, est cependant possible, et que les seuls exemples qu'on en ait succèdent à une exérese chirurgicale à l'exception de quelques cas malheureusement rares de guérison radiothérapique.

LE TABLEAU donnant les résultats de 29 opérateurs mondialement répartis permettra une comparaison des survies à cinq ans.

ESSAI D'INTERPRETATION PRONOSTIQUE DES ELEMENTS ANATOMOCLINIQUES

Nous avons, chemin faisant, rapporté pour chaque groupe de tumeurs du rectum, la fréquence des symptômes présentés lors du dépistage et nous avons vu le devenir des malades les présentant. Passant du détail à l'ensemble, étudier la valeur pronostique éventuelle des éléments cliniques ou anatomiques ne nous semble pas sans intérêt.

ELEMENTS CLINIQUES

I.- L'AGE

Il est courant d'admettre que le jeune âge est un facteur défavorable dans le développement du cancer ; Bockus HL dans son traité de Gastro-Entérologie rappelle cette notion qu'il attribue à Rankin et Broders.

Cherchant à retrouver ce résultat, nous avons pu constater que dans notre groupe de malades, la survie moyenne globale était sensiblement égale pour les malades de moins de 50 ans et pour ceux dont l'âge était compris entre 50 et 70 ans (26 et 27 mois). C'est seulement pour les moins de 40 ans qu'une différence est apparue : la survie était dans ce groupe de 21 mois en moyenne ; des 10 malades du groupe, deux vivaient en bonne santé depuis 16 et 24 mois, un seul, âgé de 34 ans au moment du diagnostic, avait survécu plus de 5 ans. Le plus jeune de nos cas était âgé de 25 ans lorsqu'il fut hospitalisé.

Obs. n° 12.783

VIO Raphael, hospitalisé le 8 Septembre 1955. Avait présenté au retour d'un séjour en Indochine, une diarrhée intitulée amibienne, en fait probablement banale puisque silen-

cieuse pendant 4 ans ; le malade est hospitalisé pour récurrence dysentérique depuis trois mois ; il a présenté quelques petites rectorragies ; il se plaint depuis cinq mois d'un prurit anal rebelle, d'une diarrhée de plus en plus liquide et de plus en plus impérieuse, amaigrissement, anorexie, asthénie sont très importants.

Il existe à la limite supérieure du canal anal un rétrécissement très important qui n'admet pas l'index, à paroi dure, donnant une impression de bourgeon dont la limite inférieure siège à la limite supérieure du canal anal ; il est impossible même de pratiquer une anoscopie, on suscite un rétrécissement traumatique, vénérien (syphilis, Nicolas Favre) mais l'histologie apporte le diagnostic d'épithélioma colloïde infiltrant très atypique dont l'évolution clinique date de cinq mois au minimum. Une amputation abdomino-perinéale est pratiquée le 28 Septembre 1955 par le Dr Michaud puis un curage ganglionnaire le 18 Octobre 1955 ; les ganglions de la pièce rectale étaient envahis mais non ceux de la pièce inguinale, suites opératoires sans histoire.

Le malade est revu le 14 mai 1957 pour des douleurs anales, lombaires irradiant en ceinture avec dysurie, pollakiurie, oligurie. L'état général est très mauvais, il existe des signes cliniques d'urémie et un état de désorientation et d'euphorie prolixes faisant suspecter un syndrome frontal par métastase frontale. Des crises d'épilepsie apparaissent et le malade finit par mourir en état de mal, le 22 Mai 1957.

Si nous avons pu confirmer les résultats connus de plus grande mortalité chez le jeune, il n'en a pas été de même pour les malades de plus de 70 ans, la durée de leur survie moyenne s'élève à 36 mois, soit 10 mois de plus que les malades du groupe précédent. Etant donné que les malades de plus de 70 ans représentent plus de 25% du total de l'effectif, on ne peut considérer ce résultat comme un fait du hasard, d'autant plus remarquable qu'en raison de leur âge, ces malades sont moins facilement opérés, donc bénéficient moins que les autres de possibilités thérapeutiques actives.

Pour illustrer ce fait, signalons que le rapport numérique absolu est en faveur des cas de plus de 70 ans dans le groupe des malades non opérés alors que ce rapport s'inverse dans les autres groupes en particulier dans celui des malades soumis à la chirurgie curative.

Six malades étaient âgés de plus de 80 ans au moment du diagnostic, le record étant de 88 ans, malgré leur grand

age, leur survie moyenne était encore de 30 mois, ceci, sans l'aide d'aucune intervention, car tous faisaient partie du groupe des malades jugés inopérables ; la plus longue survie observée fut de 72 mois pour une malade âgée de 80 ans au commencement des troubles cliniques.

L'impression pronostique qui semble pouvoir se dégager à propos de la notion d'âge est nuancée car la notion d'âge ne saurait suffire à établir le pronostic. Voulant nous garder de donner aux chiffres, une valeur absolue, nous pouvons cependant admettre la notion que plus les malades sont âgés plus la durée d'évolution de la tumeur a des chances d'être longue.

II.- LE SEXE

C'est encore HL Bockus qui dans son traité de Gastro-entérologie signale que les femmes "sont plus opérables, meurent moins et ont de meilleures perspectives de survie" ; si la notion de l'opérabilité supérieure de la femme n'est pas admise par tous, celle de sa survie supérieure après opération curative est connue (A. Rizk).

Envisagée globalement en tenant compte de tous les cas connus, la moyenne de la durée de survie est de 36 mois pour la femme et de 24 mois pour l'homme, différence considérable de près d'un an qui demande à être vérifiée de façon plus analytique.

L'intervention du facteur âge dans la comparaison de la survie ne modifie pas le résultat : avant 50 ans, les malades survivent en moyenne 28 mois pour les femmes et 21 mois pour les hommes, entre 50 et 70 ans la survie est de 32 et 20 mois, après 70 ans, elle est de 47 et 32 mois ; on retrouve la notion de la plus grande survie du sujet âgé.

L'intervention du facteur opérabilité curative, facteur de pronostic favorable, modifie le tableau si optimiste en faveur de la femme : sur 115 malades qui ont subi une exérèse de leur tumeur, il y avait 76 hommes et 39 femmes, soit 65,5% des hommes et 46,4% des femmes. Les femmes sont nettement moins favorisées quant à l'opérabilité. Le rapport homme, femme, inverse à nouveau cependant quand on examine les résultats opératoires cinq ans après l'opération : on compte 14 survies de cinq ans ou plus pour les femmes et 11 cas pour les hommes, suprématie féminine absolue et relative.

Obs. n° 6.969

BER Marie, hospitalisée le 21 Mai 1952, âgée de 77 ans. Se plaint depuis Octobre 51 de rectorragies et de sensation de faux besoins ; la malade a été adressée dans le service du Pr Levrat après avoir été obligée de subir une caecostomie pour occlusion d'apparition progressive mais complète.

Au toucher, perception d'une tumeur de la taille d'une cerise dure reposant sur une base indurée, aspect confirmé par la rectoscopie ; biopsie : epithelioma glandulaire atypique du rectum.

L'état général étant satisfaisant, la malade est confiée au chirurgien qui peut pratiquer une exeresé avec bout à bout en trois plans après AIG, enlevant l'utérus et les annexes, le fond utérin ayant été envahi. Pièce : cancer recto-sigmoïdien très sténosant, la lumière est inférieure au calibre d'un crayon. Suites simples. Décès le 20 Avril 1964.

Obs. n° 24.536

SIR Marie, hospitalisée le 11 Mai 1962, âgée de 78 ans. Troubles recto-sigmoïdiens depuis deux ou trois mois, oedème des membres inférieurs prédominant à gauche dur et douloureux remontant jusqu'aux genoux d'origine mixte.

Tumeur rectale bien mobile, bas située sur une base indurée.

Malgré l'état général, une exeresé avec AIG est pratiquée le 19 Mai 1962 ; suites compliquées par une infection pulmonaire qui regresse sous antibiotiques, cicatrisation périnéale longue et difficile. En Juillet, infiltration diffuse du petit bassin. Décès dans les trois mois.

Dégager une impression pronostique de la notion de sexe n'est pas tâche aisée : en général et en particulier, les femmes semblent avoir plus de chances de survivre, et ce pendant plus longtemps ; bien que la proportion d'entre elles susceptibles d'être opérées et de guérir soit plus faible que pour les hommes, ce désavantage apparent est compensé par de meilleurs résultats à longue échéance.

III.- LA SYMPTOMATOLOGIE FONCTIONNELLE

Le but de ce chapitre n'est pas de tirer de chaque élément clinique, une valeur pronostique bien incertaine, dans le cancer du rectum, mais de comparer les formes de cancer

à manifestations fonctionnelle typiques aux formes , rares d'ailleurs , à manifestation typiques .

A) Une synthèse de la scène fonctionnelle typique s'avère indispensable.

Le cancer du rectum réalise dans la plupart des cas ce que R. Bensaude a décrit sous le nom de syndrome rectal dont les manifestations sont assez typiques pour permettre d'affirmer sur le seul interrogatoire une atteinte de l'intestin terminal .

- les faux besoins constituent le signe essentiel , souvent précoce , le malade se plaignant de poussées impérieuses et répétées qui l'obligent à se présenter à la selle pour n'émettre chaque fois que des selles insignifiantes , parfois un gaz des glaires , un peu de sang , ou même rien ; parfois tout se réduit à une sensation de corps étranger rectal .

- les évacuations anormales coïncident habituellement avec ces faux besoins . Ceux-ci aboutissent à l'émission de glaires ; de sang de liquide puriforme ; ces évacuations anormales peuvent passer inaperçues si elle se mêlent intimement à des selles liquides , réalisant une diarrhée ou une fausse diarrhée .

- les épreintes sont des coliques recto-sigmoïdiennes qui partent de la fosse iliaque et se propagent de haut en bas vers l'anus ; elles précèdent souvent les évacuations fécales et peuvent leur survivre ; parfois même , elles surviennent en dehors de toute évacuation , l'épreinte s'intrique alors intimement avec la sensation de faux besoins .

Cette trilogie se complète peu à peu et souvent tardivement . Tout se réduit pendant des mois à un trouble isolé . Le faux besoin est souvent le premier trouble en date .

- les hémorragies peuvent être signe d'alarme plus fréquent encore bien que moins caractéristique que le syndrome rectal . Emissions de sang rouge , rutilant , chaque fois peu abondantes , se répétant fréquemment , en sont les caractères classiques . Mais en fait , il en est souvent tout autrement , l'hémorragie peut survenir isolément , en dehors de selles rester unique ou ne se répéter qu'à intervalles éloignés . Beaucoup plus rarement , le sang en caillots ou noirâtre entoure les selles (melaena circonférentiel) ; la précession du sang par rapport à la selle est fréquente mais inconstante .

b) Tous les malades, il s'en faut, ne présentent pas un tableau fonctionnel aussi caractéristique, ce sont eux que nous allons évoquer maintenant, leur importance numérique (20 cas, soit 10%) et la possible différence de leur devenir justifiant notre insistance. Une séparation en 4 sous-groupes a été établie d'après la manifestation symptomatique prédominante.

1°) les formes diarrhéiques

Il ne s'agit pas ici de diarrhée telle que nous l'avons décrite plus haut, mais d'un trouble offrant tous les caractères de banalité souhaitables, ne s'accompagnant d'aucun signe évocateur, la seule particularité étant la chronicité susceptible d'attirer l'attention. Nous avons compté huit malades dont la diarrhée était la manifestation essentielle, alternant dans certains cas avec la constipation.

Obs. n° 2.379

QUI Arsène, 48 ans : présentait depuis 5 mois avant son hospitalisation, une diarrhée claire et liquide accompagnée de petits troubles urinaires (pollakiurie). Une baisse de l'état général discrète était signalée ; examen clinique général totalement négatif ; cancer de l'ampoule rectale siégeant à 5 cm sur la face antérieure bloquant la progression du tube. Amputation avec AIG ; décès quelques jours plus tard (cause non précisée).

Obs. n° 24.884

THI Thérèse, 60 ans : hospitalisée pour douleurs diffuses de l'abdomen, anémie ; elle présente depuis 6 mois environ des alternatives de diarrhée et de constipation.

On est frappé dès le premier regard par l'existence d'une hepatomegalie gigantesque, douloureuse ; l'état général est catastrophique, il existe une névralgie sciatique droite de toute évidence secondaire dont l'origine siège dans une tumeur anorectale fixée, stenosante, bloquant le petit bassin ; on perçoit facilement une adenopathie susclaviculaire droite et inguinale.

La formule histologique de la tumeur est banale. Décès 15 jours après le début de l'hospitalisation.

Il serait fastidieux de poursuivre l'exposé des observations, sans risque de répétition ; des huit malades de ce groupe, sachons seulement qu'un seul a survécu plus de cinq ans, un autre a survécu deux ans, le reste étant décédé dans le mois suivant l'hospitalisation.

Il semble que pour ces malades, la banalité des troubles ait été à l'origine de leur mauvais pronostic en ne les faisant pas consulter suffisamment tôt.

2°) Les formes occlusives

Quatre malades appartiennent à cette rubrique dont les troubles de type occlusif représentent la seule manifestation fonctionnelle digne d'être citée.

Obs. n° 8.777

LAC Louis, 64 ans : c'est un syphilitique ancien qui a présenté deux ans plus tôt une hémiparésie ; il se plaint lors de l'hospitalisation d'une très discrète constipation ancienne récemment aggravée par un état subocclusif ayant débuté quinze jours plus tôt, le ventre est ballonné, les douleurs siègent sur le cadre colique et irradient dans le dos et les fosses lombaires ; le toucher est négatif car la tumeur siège à la jonction recto-sigmoïdienne.

Aucun geste thérapeutique n'est possible car le malade décède brutalement au service et la vérification anatomique est impossible.

Obs. n° 6.554

BRE Félicie, 62 ans : syndrome subocclusif récidivant ayant donné une première crise deux mois plus tôt, et deux autres crises peu après dont la dernière a motivé l'hospitalisation.

Tumeur siégeant en dessous même de la jonction recto-sigmoïdienne, aspect de bourgeons reposant sur une base infiltrée.

La malade qui avait une première fois refusé l'opération s'y décide trois mois plus tard ; seul, un anus iliaque est encore réalisable, décès quelques jours après.

Un seul malade a survécu un peu plus d'un an .

3°) Les formes à symptomatologie générale

Cinq malades appartiennent à cette rubrique dans laquelle aucun signe fonctionnel ne vient attirer l'attention sur le recto-colon :

1) altérations isolées de l'état général :

Obs. n° 10.724

HERB Marius, 69 ans : se plaint d'une baisse de l'état

général, d'un amaigrissement de 6 kgs, de douleurs abdominales vagues, épigastriques, de l'hypochondre droit, sans horaire, depuis trois mois. Il signale ne faire que peu de matières lorsqu'il va à la selle, notion bien vague.

Le toucher de tout examen systématique met en évidence une tumeur bourgeonnante de l'ampoule rectale (formule histologique banale).

Intervention après AIG, exérese d'un cancer du haut rectum étendu à la gaine rectale du côté gauche (Dr Desjardes le 15 Juin 1954).

Pièce : grosse tumeur gégétante sphacélique d'odeur putride.

Décès le 24 Septembre 1954 dans un tableau d'hémorragie intestinale.

Obs. n° 11.403

Le deuxième malade présente un tableau sensiblement analogue : il diffère cependant du précédent par des manifestations pseudo-gastriques avec anorexie importante et vomissements lors des tentatives d'alimentation, sensation de plastron épigastrique donnant une impression de cancer de l'estomac, (radio gastriques normales), mais tumeur rectale évidente.

2) Altérations isolées de l'état général et métastases

Obs. n° 21.711

SPI Virginie, 75 ans : hospitalisée pour cancer du foie au stade terminal, aucun signe fonctionnel recto-colique ; la tumeur est découverte après toucher systématique.

Décès : 13 jours après l'admission.

Obs. n° 23.186

REVE Emile, 47 ans : hospitalisé pour des douleurs de l'hypochondre droit. A l'examen présente une défense de la fosse iliaque gauche, de l'hypochondre droit, surtout une ascite avec ballonnement et météorisme ; la rectoscopie découvre une tumeur de la jonction recto-sigmoïdienne, expliquant l'envahissement métastatique de l'épiploon et du péritoine pariétal. Décès un mois plus tard.

Obs. n° 8.836

CHA Suzanne, 32 ans : Polypose rectale découverte

à l'âge de 25 ans à la suite de quelques rectorragies, demeurée silencieuse depuis lors.

Hospitalisée pour des douleurs d'origine vertébrale haute constantes depuis 18 mois, accompagnant une grosse altération de l'état général.

Les radiographies de colonne sont normales, mais on redécouvre les polypes recto-sigmoïdiens dont on constate la dégénérescence silencieuse.

Sortie premortem trois jours après l'admission.

4°) Les formes atypiques

Deux observations sont de pures découvertes du hasard :

La première (n° 10.277) concerne une femme hospitalisée pour des troubles gynécologiques chez qui fut découvert un polype dégénéré après un toucher rectal pour examen de l'utérus.

La deuxième (n° 10.334) concerne encore une femme chez qui au cours d'une intervention chirurgicale sur l'appareil génital (salpingectomie droite avec castration) fut découverte une tumeur recto-sigmoïdienne totalement silencieuse. Les suites furent excellentes puisqu'opérée secondairement de sa tumeur la malade a survécu plus de 10 ans.

La troisième observation (n° 6.231) n'est originale que dans la mesure où l'apparition d'une incontinence anale récente a été le seul signe fonctionnel de la tumeur.

Si nous avons longuement insisté sur les manifestations cliniques n'appartenant pas au cadre de l'hémorragie et du syndrome rectal, c'est bien sur, parce qu'elles sont moins connues, mais surtout afin de voir si leur pronostic est différent de celui des formes classiques.

C'est dans le groupe des malades inopérables ou susceptibles de recevoir un anus iliaque et ce, particulièrement chez les femmes, que nous avons rencontré le plus grand nombre de formes non traditionnelles.

Chaque fois que ces malades ont participé aux calculs de survie moyenne, le résultat du calcul a été abaissé.

Que conclure ?

Il n'est certainement pas absurde de penser que l'absence de syndrome classique chez un malade porteur de cancer du rectum est, à priori, un préjugé défavorable lorsque l'on sait le plus mauvais pronostic de ces formes cliniques.

IV - ETAT GENERAL ET TARES COEXISTENTES

Nous avons recherché un élément de pronostic dans la comparaison de la survie de malades en bon état général lors de la découverte de la tumeur et de malades en mauvais état général ; conséquence directe du processus malin ou bien de tares coexistantes .

Conséquence directe du processus malin, un mauvais état général était dans la plupart des cas un élément de pronostic défavorable, de survie brève de quelques mois ; ainsi, des 11 malades présentant des signes cliniques d'anémie grave confirmés par des chiffres de globules rouges toujours inférieurs à 3 millions, 10 ont survécu moins d'un an .

D'autre intérêt était l'étude des cas dont la tumeur rectale coexistait avec une autre manifestation pathologique (cardiopathie, cirrhose hépatique) .

20 malades présentaient un état cardiovasculaire précaire : nous avons pu acquérir la preuve que pour 5 d'entre eux, le décès n'était pas imputable à la tumeur rectale :

- ictus apoplectique cérébral : 2 cas (obs. n° 13.395 et 14.354) ,

- embolie du carrefour aortique : 1 cas (obs. n°24.932) .

PLO Marius, 47 ans.-

Parents décédés de maladies vasculaires, une soeur hypertendue, a présenté lui-même en 1960, une embolie artérielle du membre inférieur droit ayant nécessité une amputation de cuisse ; en Mai 1962, crise d'ischémie paroxystique myocardique, sans nécrose, un traitement anti-coagulant étant alors mis en route. En Septembre de la même année, le malade est hospitalisé pour un cancer du rectum. Malgré l'état cardiovasculaire, l'état local étant favorable, une intervention est réalisée : recto-sigmoïdectomie avec caecostomie de décharge ; décès 21 jours après d'une embolie du carrefour aortique.

- arrêt cardiaque après intervention mineure (obs. n° 6.231, 17.545) .

Différent fut le devenir des 15 malades restant dont aucun ne subit les conséquences définitives possibles de leur cardiopathie .

Obs. n° 16.556

CANDO Vincente, 55 ans .

Contexte familial de maladies vasculaires, père et frère morts d'un ictus cérébral, un autre frère a présenté deux ictus.

A présenté elle-même un infarctus du myocarde en Août 1957, suivi depuis des crises d'angor calmées par la trinitrine.

Tumeur recto-sigmoïdienne dont les premières manifestations cliniques datent d'un an. Malgré des manifestations cliniques d'hyperthyroïde, un tracé électrique montrant des séquelles d'infarctus, une recto-sigmoïdectomie est pratiquée le 29 Novembre 1957.

Va bien en Mars 1964.

Quelque peu comparable fut le cas du malade de l'obs. n° 24.079, opéré sans complication alors qu'il présentait une artérite des membres inférieurs depuis 10 ans.

Conclure de l'influence des maladies cardio-vasculaires sur le pronostic du cancer du rectum est difficile ; les quelques exemples que nous avons pu relever ne pouvant d'aucune façon nous être utiles dans l'établissement d'un facteur de pronostic.

Différent, par contre, semble être le cas des malades présentant une cirrhose du foie coexistant avec leur tumeur rectale :

Obs. n° 17.301

BERT Pierre : 61 ans, travaillant comme manoeuvre dans une fabrique de ciment, avoue un éthylisme important qui a entraîné la découverte et le traitement d'une cirrhose décompensée deux ans plus tôt, stabilisée ensuite.

Tumeur de la jonction recto-sigmoïdienne dont les premières manifestations datent d'un an environ ; l'examen général étant satisfaisant (pas d'ascite) une amputation abdomino perineale est pratiquée le 2 Mai 1958 ; décès le 7 Mai 1958 (délirium tremens).

Le caractère défavorable de l'affection coexistante est beaucoup plus nettement marqué ici que pour les malades précédents ; la découverte d'un état hépatique critique, élément de pronostic en lui-même négatif, se surajoute ici à celui de la tumeur pour l'aggraver considérablement.

V - LA DUREE D'EVOLUTION AVANT LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT

La recherche des éléments de pronostic nous a conduit à comparer la durée de la survie depuis les premières manifestations cliniques avec la durée de la survie après découverte de la tumeur et son traitement éventuel.

La durée de la survie est-elle fonction de la précocité du diagnostic ?

Un tableau comparatif nous a permis les résultats suivants :

SURVIE

Avant le diagnostic	Cas	3 ans après	5 ans après	Moyenne
- 0 à 3 mois	26 cas	7 cas (14%)	5 cas (25%)	18 mois
- 3 à 6 mois	31 cas	4 cas (12%)	2 cas (6%)	14 mois
- 6 à 12 mois	46 cas	12 cas (26%)	8 cas (17%)	21 mois
- 12 à 18 mois	37 cas	8 cas (21%)	7 cas (19%)	18 mois
- 18 à 24 mois	19 cas	4 cas (21%)	3 cas (15%)	20 mois
- plus de 24 mois	10 cas	4 cas (40%)	3 cas (30%)	21 mois

De ces résultats, nous avons retenu le principal seulement :

- les 3 mois de survie supplémentaire pour les malades ayant évolué plus de 24 mois par rapport à ceux ayant évolué de 0 à 3 mois avant le diagnostic.

Ce résultat paradoxal s'explique si l'on considère que la durée totale d'évolution est fonction de deux facteurs :

la précocité du diagnostic

et le caractère évolutif lent ou rapide de la tumeur.

On comprend que les formes découvertes précocement soient habituellement des formes de caractère évolutif rapide.

La primauté donnée pour la survie totale au caractère évolutif de la tumeur est cependant moins nette que pour le cancer de l'estomac où la survie est inversement proportionnelle à la durée de l'évolution préopératoire (Lesbre).

ELEMENTS ANATOMIQUES

I.- SIEGE DE LA TUMEUR

L'intervention du siège de la tumeur comme élément de pronostic est une notion d'expérience que nous avons cherchée à vérifier à partir de données numériques tirées de 174 dossiers dont le recul était suffisant et dont les caractéristiques tumorales étaient parfaitement connues. Nous avons divisé les tumeurs en quatre groupes d'après le siège qui était, soit ampullaire bas (de 3 à 12 cm de la ligne anocutanée), soit ampullaire haut (de 12 à 16 cm) soit sur la jonction recto-sigmoïdienne : le dernier groupe étant celui des formes complexes non localisées à un seul des territoires précédents.

A) FORMES COMPLEXES

Nous avons envisagé sous ce terme 18 tumeurs (10% des cas), envahissant la totalité de l'ampoule, la partie haute de l'ampoule et la jonction recto-sigmoïdienne, franchissant la paroi rectale pour s'étendre aux structures du petit bassin, échappant donc à toute classification topographique précise. Dès l'instant de leur diagnostic, elles comportent un pronostic rapidement fatal, puisque inopérables dans la proportion de 17 cas sur 18.

Obs. n° 18.341

SAM Stanislas : 61 ans.

Syndrome recto-sigmoïdien depuis deux mois fait de sang, de glaires, de diarrhée avec amaigrissement de 10 Kgs. Présente une énorme tumeur d'aspect polypoïde diffus ayant envahi en hauteur presque toute l'ampoule rectale et en largeur toute la face postérieure et latérale droite, descendant jusqu'au ras du canal anal sans l'envahir. Epithélioma glandulaire orthoplasique.

Amputation perineale du rectum : tumeur envahissant le canal anal, le releveur gauche, ganglions dans le meso-sigmoïde ; pièce : grosse tumeur végétante et ulcérée de 10 cm de diamètre. Décès 6 mois environ après l'opération.

A côté de formes rapidement évolutives puisque deux cas seulement ont survécu plus de 3 ans, nous avons pu relever une survie de 5 ans en l'absence de toute intervention chirurgicale.

Obs. n° 4.780

PAR Marie, 56 ans.

Le début de l'affection date de 6 ans (glaires et sang dans les matières) ; une fistule recto vaginale est apparue depuis deux ans, le transit des matières ne se fait plus lors de l'hospitalisation que par le vagin, le rectum étant oblitéré par la tumeur. A l'entrée, la malade est évidemment dans un état catastrophique : cachexie (amaigrissement de 27 kgs depuis le début de l'affection) blindage sous ombilical, localisation hépatique cliniquement perceptible, cedème des membres inférieurs par compression pelvienne. La survie ne dépassera pas quelques jours.

Hormis ce cas de longévité exceptionnelle, toutes les tumeurs qui ont franchi les limites d'un territoire précis au moment du diagnostic, ceci étant cliniquement susceptible survivent peu : nous avons relevé à côté de cette survie de 6 ans sus-citée, un cas de survie de 3 ans ; la moyenne de la durée de survie ayant évolué moins de 3 ans s'établissant à 12 mois environ.

B) LES FORMES AMPULLAIRES BASSES

D'importance numérique très différente du groupe précédent puisque comprenant 91 cas (52%) ces formes à localisation topographique précise ont évidemment un avenir beaucoup plus favorable. Opérables avec un but curatif dans la proportion de 56%, elles offrent un éventail de 18 cas de survie de 5 ans et de 35 cas de survie de 3 ans ; la survie moyenne des cas de moins de 3 ans s'établissant à 13 mois environ.

Obs. n° 5.099

KECH Hovsep : 48 ans.

Syndrome rectal depuis 6 mois doublé depuis quatre mois d'un amaigrissement avec baisse de l'état général. On sent au toucher de petits bourgeons semblant reposer sur une base très indurée et très douloureuse, aspect confirmé par la rectoscopie, epithelioma tubule cylindrique.

Amputation abdomino perineale le 27 Décembre 1950 (Dr Ricard). Pièce : cancer de la face antérieure du rectum de 2-3 cm de diamètre à 2 cm de la limite anorectale.

Dans les suites, pleurésie purulente avec abcès.

En mars 1964, excellent état général, est un peu constipé. Travaille 4 heures par jour dans un bureau, le poids

ELEMENTS ANATOMIQUES

I.- SIEGE DE LA TUMEUR

L'intervention du siège de la tumeur comme élément de pronostic est une notion d'expérience que nous avons cherchée à vérifier à partir de données numériques tirées de 174 dossiers dont le recul était suffisant et dont les caractéristiques tumorales étaient parfaitement connues. Nous avons divisé les tumeurs en quatre groupes d'après le siège qui était, soit ampullaire bas (de 3 à 12 cm de la ligne anocutanée), soit ampullaire haut (de 12 à 16 cm) soit sur la jonction recto-sigmoïdienne : le dernier groupe étant celui des formes complexes non localisées à un seul des territoires précédents.

A) FORMES COMPLEXES

Nous avons envisagé sous ce terme 18 tumeurs (10% des cas), envahissant la totalité de l'ampoule, la partie haute de l'ampoule et la jonction recto-sigmoïdienne, franchissant la paroi rectale pour s'étendre aux structures du petit bassin, échappant donc à toute classification topographique précise. Dès l'instant de leur diagnostic, elles comportent un pronostic rapidement fatal, puisque inopérables dans la proportion de 17 cas sur 18.

Obs. n° 18.341

SAM Stanislas : 61 ans.

Syndrome recto-sigmoïdien depuis deux mois fait de sang, de glaires, de diarrhée avec amaigrissement de 10 Kgs. Présente une énorme tumeur d'aspect polypoïde diffus ayant envahi en hauteur presque toute l'ampoule rectale et en largeur toute la face postérieure et latérale droite, descendant jusqu'au ras du canal anal sans l'envahir. Epithélioma glandulaire orthoplasique.

Amputation perineale du rectum : tumeur envahissant le canal anal, le releveur gauche, ganglions dans le meso-sigmoïde ; pièce : grosse tumeur végétante et ulcérée de 10 cm de diamètre. Décès 6 mois environ après l'opération.

A côté de formes rapidement évolutives puisque deux cas seulement ont survécu plus de 3 ans, nous avons pu relever une survie de 5 ans en l'absence de toute intervention chirurgicale.

Obs. n° 4.780

PAR Marie, 56 ans.

Le début de l'affection date de 6 ans (glaires et sang dans les matières) ; une fistule recto vaginale est apparue depuis deux ans, le transit des matières ne se fait plus lors de l'hospitalisation que par le vagin, le rectum étant oblitéré par la tumeur. A l'entrée, la malade est évidemment dans un état catastrophique : cachexie (amaigrissement de 27 kgs depuis le début de l'affection) blindage sous ombilical, localisation hépatique cliniquement perceptible, cedème des membres inférieurs par compression pelvienne. La survie ne dépassera pas quelques jours.

Hormis ce cas de longévité exceptionnelle, toutes les tumeurs qui ont franchi les limites d'un territoire précis au moment du diagnostic, ceci étant cliniquement susceptible survivent peu : nous avons relevé à côté de cette survie de 6 ans sus-citée, un cas de survie de 3 ans ; la moyenne de la durée de survie ayant évolué moins de 3 ans s'établissant à 12 mois environ.

B) LES FORMES AMPULLAIRES BASSES

D'importance numérique très différente du groupe précédent puisque comprenant 91 cas (52%) ces formes à localisation topographique précise ont évidemment un avenir beaucoup plus favorable. Opérables avec un but curatif dans la proportion de 56%, elles offrent un éventail de 18 cas de survie de 5 ans et de 35 cas de survie de 3 ans ; la survie moyenne des cas de moins de 3 ans s'établissant à 13 mois environ.

Obs. n° 5.099

KECH Hovsep : 48 ans.

Syndrome rectal depuis 6 mois doublé depuis quatre mois d'un amaigrissement avec baisse de l'état général. On sent au toucher de petits bourgeons semblant reposer sur une base très indurée et très douloureuse, aspect confirmé par la rectoscopie, epithelioma tubule cylindrique.

Amputation abdomino perineale le 27 Décembre 1950 (Dr Ricard). Pièce : cancer de la face antérieure du rectum de 2-3 cm de diamètre à 2 cm de la limite anorectale.

Dans les suites, pleurésie purulente avec abcès.

En mars 1964, excellent état général, est un peu constipé. Travaille 4 heures par jour dans un bureau, le poids

actuel est supérieur de 18 kg à celui de l'époque de l'opération.

Obs. n° 21.750

BALB François, 72 ans.

Syndrome rectal depuis 1 an et demi. Le toucher perçoit une grosse masse bourgeonnante que la rectoscopie localise à 8 cm : tumeur bourgeonnante et ulcérée d'aspect caractéristique (epithelioma glandulaire orthoplasique). Amputation abdominoperineale avec anus iliaque définitif le 7 Janvier 1960.

En Mars, bon état général, 2 selles par jour, petits troubles urinaires en rapport avec un adenome prostatique banal.

Obs. n° 6.708

VARR Félix, 66 ans.

Syndrome rectal depuis 6 mois ; état général floride. Tumeur bourgeonnante reposant sur une base assez dure sur la paroi latérale gauche du rectum entre cinq et huit cm de la ligne ano-cutanée.

Le malade refuse l'opération indiquée et rentre chez lui où il décède neuf mois plus tard.

C'est dans les formes à localisation basse que nous avons évidemment rencontré les cas d'indication radiothérapique curative (voir chapitre : Malades soumis à un traitement radiothérapique curateur).

C) LES FORMES AMPULLAIRES HAUTES

Ce type de tumeur, compte tenu des critères de recul que nous nous étions fixé ne compte que pour 33 cas représentant 18%, chiffre sensiblement différent de celui que nous avons fixé au cours du chapitre des bases anatomiques ou la distinction entre les deux régions de l'ampoule se faisait sur la base d'une ligne située à 8-9cm de la ligne ano-cutanée, la différence d'appréciation étant justifiée par la nécessité d'une distinction anatomique pour l'une, thérapeutique pour l'autre. Fondé sur l'opérabilité, le pronostic de ces tumeurs est sensiblement meilleur que celui des précédentes : 66 % des cas relèvent d'une opération curative ; cependant, ce point de vue optimiste est quelque peu tempéré par l'examen des résultats faisant apparaître seulement cinq cas de

survie de 5 ans et 11 de 3 ans, la durée moyenne de survie des cas de moins de trois ans s'établissant à 14 mois environ.

Obs. n° 14.396

CHAM Claude, 57 ans.

Présente une diarrhée chronique atypique depuis l'âge de 20 ans influencée par l'alimentation. Syndrome rectal depuis 6 mois. Le toucher est négatif mais la rectoscopie met en évidence, à 15 cm, un épithélioma du volume d'une noix siégeant sur la face antérieure de l'ampoule derrière une valvule de Houston, ulcété en son centre.

Résection antérieure le 10 Septembre 1956 (Dr Desjardes), pièce : grosse tumeur sténosante et encéphaloïde arrivant jusqu'au péritoine viscéral.

Dans les suites opératoires, petite fistule qui se tarit, le malade est suivi jusqu'en 1962, époque à laquelle on perd sa trace.

Obs. n° 14.979

SOL Jean, 72 ans.

Présente une tumeur du haut rectum de grande taille, dont les premières manifestations datent de deux ans environ. L'indication opératoire est refusée par le malade qui décède trois ans et cinq mois plus tard d'un épisode vasculaire cérébral d'après les renseignements communiqués par le médecin traitant.

D) LES FORMES RECTO-SIGMOIDIENNES

Dire que ce sont les plus favorables des cancers du rectum, c'est aussi exprimer que leur opérabilité atteint 86% leur donnant ainsi les meilleures chances de survie. On compte en effet, pour 33 tumeurs, 11 cas de survie de cinq ans, 13 de trois ans, la moyenne de survie des cas de moins de 3 ans étant de 11 mois.

Obs. n° 11.630

CROU Elie, 44 ans.

Présente en plus d'un syndrome rectal classique, un syndrome douloureux, non périodique de la fosse iliaque gauche depuis un an. La tumeur siège sur la jonction recto-sigmoïdienne, s'étendant sur la région voisine du sigmoïde. Résection abdominale à 20 cm en amont et un travers de main en

aval, avec anus transversé sur baguette de verre de protection Dr Michaud. le 24 Septembre 1955 . Suites bonnes, l'an us est fermé le 11 Juillet 1955).

En Janvier 1957, signale quelques vagues douleurs cicatricielles, les selles sont normales, l'état général est bon.

En Novembre 1958 revient pour un syndrome dysentérique avec un peu de sang, l'examen et le lavement baryte sont négatifs.

En Novembre 1963, signale une hémorragie rectale six mois plus tôt, examen et lavement sont encore négatifs.

Obs. n° 15.908

BAUJ Joseph, 62 ans.

Présente une diarrhée sanglante par intermittence depuis 1 an. Le toucher est négatif mais la rectoscopie fait découvrir une tumeur végétante de la jonction recto-sigmoïdienne qui est un epithelioma à cellules mixtes du rectum, rappelant la tumeur villeuse.

Recto-sigmoïdectomie avec bout à bout début Août 1957. A noter que le prélèvement fait sur la pièce opératoire est négatif, la donnant comme une tumeur villeuse simple. Suites simples.

Le 13 Septembre 1957, le malade est hospitalisé pour un syndrome d'occlusion aigue haute qui cède sous aspiration le même tableau se reproduit le 15 Octobre 1957 avec les mêmes suites.

En 1961, le médecin traitant nous apprend que le malade est décédé dans un tableau de céphalées, de violentes sueurs, de température qui avait fait discuter un engagement bulbaire par tumeur cérébrale métastatique. L'état intestinal était normal.

SURVIE EN FONCTION DU SIEGE

<u>SIEGE</u>	<u>S U R V I E</u>		
	3 ans	5 ans	moins de 3 ans
			(moyenne)
Complexes	2/18 (11%)	1 (5,5%)	12 mois
Ampoule basse	35/91 (36%)	18 (20%)	13 mois
Ampoule haute	11/33 (33%)	5 (15%)	14 mois
Jonction RS	13/33 (39%)	11 (33%)	11 mois

La juxtaposition de ces chiffres conduit à plusieurs remarques :

- la séparation des cas survivant trois ans ou plus de ceux dont la survie est inférieure à trois ans fait apparaître que la durée moyenne de survie des derniers est sensiblement identique pour chaque localisation. Il en est comme si la variation du taux de survie du groupe dans son ensemble se faisait par une variation de la proportion des cas de survie de trois ans sans que pour cela ne varie la durée de survie des cas qui n'atteignent pas trois ans ; en d'autres termes, les cas qui survivent moins de trois ans ont sensiblement la même durée de survie quel que soit le siège de leur tumeur, même lorsqu'il s'agit d'une tumeur complexe échappant à une limitation topographique précise.

- la variabilité du pronostic selon le siège se fait par une variation du nombre des survivants au delà de trois ans ; c'est ainsi que les tumeurs localisées à la jonction recto-sigmoïdienne bénéficient du meilleur pronostic avec 33% de survie à cinq ans, fait logique, la jonction étant sur le plan anatomopathologique et chirurgical très proche du colon gauche dont on connaît en matière de cancer le meilleur pronostic que celui que l'ampoule rectale.

- A l'opposé des tumeurs précédentes, les formes complexes ont le taux de survie à trois ans le plus bas, conséquence de leur degré d'évolution.

II.- FORME DE LA TUMEUR

Considérant que l'examen clinique était insuffisant dans l'appréciation des caractères anatomiques de la tumeur, nous avons limité volontairement cette étude à celle des dossiers de malades opérés contenant la description des pièces opératoires (106).

A - Formes végétantes

Ce sont les plus courantes, rencontrées 40 fois parmi 106 observations comportant des données anatomiques précises, soit près de 38%. A l'ouverture des pièces d'excision, ce sont des prolifération néoplasiques en général largement implantées souvent bourgeonnantes, parfois polypoides, qualifiées d'encephaloïde dans un cas et dont le caractère necro-

se ou sphacèle témoigne dans quelques cas, du stade avancé où elles sont découvertes. Leur fréquence parmi les tumeurs opérées témoigne de leur opérabilité tout à fait comparable à celle des

B - Formes ulcero végétantes

Leur nom ne saurait mieux désigner leur caractère de transition avec les formes précédentes, l'ulcération centrale ou marginale venant éroder le bourgeonnement de la tumeur végétante. Leur fréquence est voisine de celles des tumeurs végétantes non ulcérées : 35 cas, soit 33% environ.

C - Formes ulcérées

Différentes de formes, elles le sont aussi par le devenir. Plus difficile à palper que les tumeurs précédentes, ceci étant dû au manque de relief sur la muqueuse rectale saine, elles sont souvent découvertes tardivement lorsque leur taille devient importante : les tumeurs ulcérées dépassent plus fréquemment 5 cm de diamètre que les tumeurs ulcerovégétantes. De fréquence moindre (10 cas soit 9%) leur survie est aussi plus brève : nous n'avons relevé aucune tumeur ulcérée parmi les survies à 5 ans

D - Formes polypoïdes

Nous avons conservé ce nom pour désigner les cancers du rectum par dégénérescence de tumeurs bénignes, telles que polypes ou tumeurs villeuses lorsque l'aspect macroscopique original est conservé (12 cas ont été comptés, représentant 11% du total).

E - Formes stenosantes

Distinguer ces 9 (8%) formes particulières, identiques aux précédentes par la nature histologique ne se justifie que par les incidences cliniques qu'elles comportent, à savoir un tableau subocclusif ou occlusif franc lorsque leur siège est rectosigmoïdien ou ampullaire haut.

En dehors des formes bien connues, l'étude comparative de la taille de ces tumeurs est intéressante. En effet, si

leur diamètre dépasse rarement 10 cm, plus de 40% ont vu diamètre compris entre 5 et 8 cm, si bien qu'elles ne peuvent passer inaperçues même à un toucher rectal rapide. Mais plus de 57% ont moins de 5 cm, ce qui souligne en passant la nécessité d'un examen toujours soigneux. (A. Rizk 114).

III.- ETAT DES TERRITOIRES LYMPHATIQUES

L'envahissement histologique des lymphatiques du cancer du rectum, pris dans leur ensemble, varie de 65 à 85% suivant les auteurs, mais cette atteinte est souvent limitée à 1, 2, 3 ganglions dans 30 à 35% des cas. Cette énorme fréquence diminue dans des proportions notables pour les cancers jugés opérables ; en effet, seulement 25 à 30% des cancers opérés s'accompagnent d'une atteinte lymphatique 65 à 75% des cas où il est constaté au moment de l'intervention donneront ultérieurement des métastases (A. Rizk).

IV.- DONNEES HISTOLOGIQUES

En matière de cancer du rectum, nous avons vu l'absolue majorité de l'épithélioma qui constitue la plupart des formules histologiques rencontrées, seuls ses caractères varient et c'est de leur variabilité que nous avons tenté de tirer des éléments pronostics.

Parmi les 174 dossiers utilisables, nous avons compté :

137 épithélioma typiques ;

21 épithélioma atypiques ;

13 épithélioma issus de la dégénérescence de tumeurs villeuses ou de polypes rectaux.

5 épithélioma colloïdes.

Sans revenir sur l'évolutivité des formes typiques qui représentent 78% des tumeurs, nous discuterons l'influence éventuelle des autres types histologiques sur l'évolution du néoplasme. Il est classique de penser que la malignité du cancer est d'autant plus grande que le type histologique est moins différencié. Cette proportion ne nous est pas apparue avec une évidence extrême : parmi les cancers atypiques, nous avons pu noter 3 survies de 5 ans et plus; la survie moyenne du groupe s'établissant à 24 mois environ.

Différente cependant semble devoir être le pronostic

des tumeurs précancéreuses dégénérées : elles comptent : 4 survies de 5 ans, 7 survies de 3 ans, la survie moyenne du groupe s'établissant à 34 mois environ, pronostic notablement plus favorable que celui des formes précédentes.

Obs. n° 15.357

VERI Marie, 75 ans.

Observation citée en Chapitre : "Malades soumis au traitement radiothérapique curateur".

Obs. n° 24. 344

BEN Pierre, 29 ans.

Ce malade présente depuis 5 ou 6 mois un syndrome rectal avec rectorragies, aggravé depuis deux mois. Le toucher est difficile car douloureux, il perçoit un rétrécissement canalaire débutant immédiatement au-dessus du canal anal, s'étendant sur 8 cm au moins, n'admettant que l'index, à paroi ligneuse, à revêtement intérieur franchement polypoïde, l'anuscopie montrant les polypes disséminés dans le rectum ; le lavement baryte objective une polypose diffuse remontant sur le colon jusqu'à l'angle splénique, l'histologie confirme la dégénérescence au niveau du rectum d'une polypose rectocolique diffuse.

Colectomie totale avec proctectomie, ileostomie terminale le 29 Avril 1962, à l'Hôpital de Chambéry. Suites très simples.

En Mars 1964, l'état général est excellent, le malade a repris du poids, l'ileostomie fonctionne bien.

On ne peut que regretter le manque de renseignements familiaux, le malade étant pupille de la nation.

C'est à propos surtout des epithelioma colloïdes dont on sait la facheuse réputation, que nous pensions pouvoir établir une distinction pronostique. Cette idée n'a pas reçu de confirmation de manière absolue.

Cinq cas présentaient une dégénérescence colloïde totale ou partielle de leur tumeur ; la survie calculée à partir du début des manifestations cliniques a été de 19 mois en moyenne, chiffre évidemment inférieur à celui du groupe précédent.

Obs. n° 18.680

CHANR Henri, 63 ans.

Depuis 1953, présente une diarrhée avec douleurs

abdominales diffuses considérée à posteriori comme fonctionnelle (terrain nevropathe). Ce tableau se modifie début 59 avec une atteinte de l'état général, l'apparition de sang rouge dans les selles. Le toucher et la rectoscopie perçoivent une masse végétante mobile du volume d'une prune qui est un epithelioma vilieux avec des plages colloïdo-résistantes et des cellules en chaton de bague. On pratique une rectosigmoïdectomie abdominale en sectionnant en bas auras de la tumeur. La pièce est une tumeur papillaire en chou-fleur avec végétations peu indurées, sauf en un point ou deux, évoquant la tumeur vilieuse. Suites précaires, réanimation difficile ; quelques jours après l'opération apparaît une fistule colocutanée permettant une émission de matières par la plaie opératoire ; un mois et demi plus tard se produit un sphacèle qui entraîne une hémorragie de l'artère hypogastrique clampée d'urgence ; quelques jours , après l'état général s'aggrave brusquement, le malade décède le 5 Avril 1959.

Nous avons cité l'obs. n° 12.783, malade de 25 ans, décédé deux ans après une amputation abdominoperineale avec curage ganglionnaire dans un tableau de métastase cérébrale.

La faiblesse numérique du groupe des malades porteurs d'un cancer colloïde nous interdit des conclusions chiffrées non critiquables, nous ne pouvons qu'exprimer l'impression assez péjorative que procure la découverte de cette particularité histologique.

CONCLUSIONS

- I.- L'évolution clinique totale depuis les premières manifestations d'un cancer du rectum, opéré ou non, calculée à partir de 200 cas, dépasse trois ans dans 26% des cas, cinq ans dans 16%.
- II.- Parmi ces 200 cas, 47 n'ont subi aucune opération. Le taux d'inopérabilité pratique atteint 27%. La survie de ces malades depuis le début de l'évolution n'excède pas 6 mois dans 21% des cas, 1 an 51% des cas.
- III.- Ont été justiciables d'opérations palliatives 33 malades soit 16,5% avec une mortalité post-opératoire primaire de 42% et une durée totale d'évolution depuis les premières manifestations inférieure à 6 mois dans 34% des cas, à 1 an dans 42% des cas.
- IV.- Cinq malades ont reçu un traitement radiothérapique à visée curative, soit 2,5%. Trois présentent tous les caractères de la guérison cinq ans après.
- V.- L'exerese a été possible chez 115 malades avec 54 opérations conservant la fonction sphinctérienne et 61 opérations mutilantes, représentant un taux d'exerese de 57,5%. La mortalité post opératoire primaire des opérations conservatrices est de 16%, celle des opérations mutilantes, de 13%. Les survies après exerese curatives sont supérieures à 3 ans dans 39% des cas, à 5 ans dans 33% des cas.
- VI.- Parmi les éléments de détermination du pronostic, il a été possible de retenir :

le terrain

- l'âge : les malades âgés survivent plus longtemps.
- le sexe : bien que les femmes soient moins fréquemment

opérées, leurs chances de survie sont plus grandes.

- les tares coexistantes : ce sont les tares hépatiques, dues à l'alcoolisme, qui aggravent le plus le pronostic.

la symptomatologie

- les tumeurs aux manifestations atypiques sont de plus mauvais pronostic que les formes traditionnelles avec syndrome rectal.

les caractères anatomiques de la tumeur

- le siège : les tumeurs haut situées et peu étendues autorisent l'espoir de la survie la plus longue.
- la forme : les formes ulcérées ont une évolution plus brève.
- l'histologie : la dégénérescence colloïde d'une tumeur est considérée comme un facteur défavorable inconstant.

le caractère évolutif de la tumeur

- les formes opérées précocement sont habituellement des formes à caractère évolutif et révélation rapides.
- la primauté donnée dans la survie totale au caractère évolutif de la tumeur est moins nette que pour le cancer gastrique où la survie est inversement proportionnelle à la durée de l'évolution preopératoire.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ABOULKER - Les troubles de la miction après traitement chirurgical du cancer du rectum.
PRESSE MEDICALE : 67
(14) 21 Mars 59
- 2 - AGEENKO - Résection avec conservation du sphincter dans le cancer du rectum.
VESTN KHIR GREKOV
90 : 63-8
- 3 - D'ALLAINES F - 25 années d'expérience de la chirurgie du cancer du rectum.
ANN CHIR
J : 33, n° 1-2, 1957
- 4 - ASTLER VB, COLLER FA - Pronostic significance of direct extension of carcinoma.
ANN SURG
139 : 846-852, 1954
- 5 - BACON HE - Abdomoperineal proctosigmoidectomy with sphincter preservation - 5 year and 10 year survival after "pull-through" operation.
JAMA
160 : 628-634, 1956
- 6 - BAGLIETTO L - Cancer du rectum.
DIA MED
33 : 642-651, 1961
- 7 - BAIRD WF, FISCHER ER - Sex differences in spread of colorectal and vesicle carcinomas.
ANN SURG
143 : 284-286, 1956
- 8 - BARBER HRK, BRUNSCHWIG A - Gynecologic cancer complicating pregnancy.
AMER J OBSTET GYNEC
85 : 156-164, 1964
- 9 - BARBUT - A propos du traitement des cancers du rectum.
MEM ACAD CHIR
83 : 25-26, 1957

- 10 - BASTARAUD H - 50 cas d'amputation abdominopérineale à 2 équipes pour cancer du rectum. Techniques et résultats immédiats.

THESE MEDICALE PARIS
n° 4466, 1963

- 11 - BAUMEL et FASSIO - Le diagnostic précoce des cancers du rectum.

SEM HOP PARIS
32(52-53), 1956

- 12 - BENTLEY P, COLCOCK MD - Carcinoma of the colon and rectum.

SURG GYNEC OBSTET
105 (6), 1957

- 13 - BENSAUDE - Les polypes solitaires du rectum.

PROGRES MEDICAL PARIS
84 (20), 1956

- 14 - BENZER H - Modifications des protéines sanguines dans les cancers du poumon, de l'estomac et du rectum.

BRUNS BELTR KLIN CHIR
20 : 51-57, 1960

- 15 - BERTRAND P - Résection par voie abdominale des cancers recto-sigmoïdiens.

ANN CHIR
33 n° 13.14, 1957

- 16 - BERTRAND P, SAUBIER EG - Sur le traitement du cancer du bas sigmoïde et du haut rectum.

MEM ACAD CHIR
71 : n° 1, 2, 3, 1950

- 17 - BIBER OI - Causes de diagnostic tardif dans le cancer du rectum.

SOVET MED
23 : 65-7, 1959

- 18 - BOCKUS HL - Adenomatous polyps of colon and rectum ; its relation to carcinoma.

GASTROENTEROLOGY
41 : 225-231, 1961

- 19 - BOCKUS HL, KALSER MH - Early clinical manifestations of cancer of the colon and rectum ; a statistical study.

DISEASES OF THE COLON
AND RECTUM 2 (1), 1959

- 20 - BROWN - Masses of the rectovaginal septum. A proposed classification, review of the literature and report of a case of leiomyosarcoma.

AMER J SURG
99 : 309-315, 1960

- 21 - BUCKWALTER JA - Morbidity and mortality of abdomino-perineal resection for carcinoma in elderly.
J AM GERIATRICS SOC
2 : 450-455, 1954
- 22 - BUIE L, JACKMAN RS, VICKERS P - Extrarectal masses caused by tumors of the retro uterine or rectovesical space.
JAMA 117-167, 1941
- 23 - BUSSEY HJ - General results of surgical treatment of rectal cancer at St Mark's Hospital 1928-1952.
ACTA UN INT CANCR
19 : 1510-13, 1963
- 24 - BUSSEY HJ - The long term results of surgical treatment of cancer of the rectum.
PROC ROY SOC MED
56 : 494-496, 1963
- 25 - CAHEN J - Indications et résultats éloignés des résections antérieures et des amputations abdominopérineales.
ACTA CHIRURGICA BELGICA
58 : 31 -37, 1957
- 26 - CAHEN J - Indications rigoureuses et limites de la conservation sphinctérienne dans le cancer du rectum.
ACTA GASTROENTER BELG
20 (1) 856-864, 1957
- 27 - CATELL RB - Carcinoma in a advanced age.
S CLIN NORTH AMERICA
34 : 721-727, 1954
- 28 - CHIASSON A, SAVOIE E - Les cancers primitifs de l'an us et du rectum à l'Hôtel-Dieu de Montréal.
UN MED CAN
92 : 639-644, 1963
- 29 - CIMINATA - Cancer du colon et du rectum ; résultats à long terme.
MINERVA CHIR
201-209, 1961
- 30 - COFFE, VIGONI - Résultats immédiats et éloignés dans la chirurgie du cancer du rectum.
ACTA GASTROENTER BELG
20 (11) 849-857, 1957
- 31 - COFFEY RC - Cancer of the rectum ; a study of five years cases.
SURG GYNEC AND OBSTET
58 : 465, 1934

- 32 - COLCOCK BP - Carcinoma of the colon and rectum.
SURG GYNEC AND OBSTET
105 (6) 761-763, 1957
- 33 - COLCOCK BP - Treatment of carcinoma of colon and
rectum.
AM J SURG
86 : 13-19, 1954
- 34 - CONSOLANDI G - Base's anatomopathologiques de la
chirurgie moderne du cancer rectal.
ARCH ITAL CHIR
123-139, 1960
- 35 - CONTE M, RISTELHUEBER J - Circonstances de dépistage
du cancer du rectum.
REV PRAT
8 (7) 703-706, 1958
- 36 - COOK B, MARGULIS AR - Detecting small sessile colon
cancers with silicone foams.
JAMA 183 : 66-68, 1963
- 37 - COOKE RV - Symposium on carcinoma of the rectum ; the
"hopeless case".
PROC ROY SOC MED (suppl)
52 : 44-47, 1959
- 38 - COUVELAIRE R - Remarques sur les troubles de la miction
après la chirurgie d'exerese rectale.
J D'UROL NEPHROL
69 : 273-292, 1963
- 39 - DARGENT M - A propos du traitement du cancer du rectum,
place de la radiothérapie et de la chirurgie ; statistiques
générales.
LYON CHIR
55 : 481-502, 1959
- 40 - DEDDISH MR - Anterior resections.
ANN SURG
154 : 961-966, 1961
- 41 - DELANNOY E, LAGACHE G, GUIOT Y - Indications chi-
rurgicales et résultats tardifs.
ACTA CHIR BELG
53: 504-506, 1954
- 42 - DELANNOY E - Résultats éloignés et indications du trai-
tement chirurgical conservateur du cancer du rectum.
ACTA CHIR BELG
56 (3) 229-231-234, 1957
- 43 - DIONNE L - St Mark's hospital and cancer of the rectum.
LAVAL MEDICAL
34 : 1043-1046, 1963

- 44 - DI DOMIGIO L, BALDRATI F - Chirurgie conservatrice ;
résultats.
ARCH ITAL MAL APP DIGER
22 : 76-92, 1956
- 45 - DUBARRY JJ, DARMAILLACQ R et COLL - Tumeur villeuse
du rectum avec fuite électrolytique à traduction psychia-
trique.
ARCH MAL APPAR DIG
52 : 569-571, 1963
- 46 - DUHAMEL, BERTHON, DUBARRY - Cancer et hérédité.
J GENET HUM
9 : 65-77, 1960
- 47 - DUKES CE - The etiology of cancer of the colon and rec-
tum.
DISEASES OF THE COLON
AND RECTUM 2(1)27-32,
1959
- 48 - DUKES CE - The classification of cancer of the rectum.
J PATH AND BACT
35 : 323, 1932
- 49 - DWIGHT RW - Adjuvant chemotherapy in cancer of the
large bowel. An interior report of the Veterans Adminis-
tration Surgical Adjuvant Cancer Chemotherapy Study.
AMER J SURG
107 : 609-613, 1964
- 50 - EARLY DETECTION OF CANCER OF THE COLON AND REC-
TUM.
BRIT MED J
5363 : 950, 1963 (pas d'au-
teur).
- 51 - EDERER F, CUTLER SJ - Survival of patients with cancer
of the large intestine and rectum. Connecticut 1935-1954.
J NAT CANCER INST
26 : 489-510, 1961
- 52 - EISALO A - Distribution of some enzymes in adenocarci-
noma of the rectum.
ANN CHIR GYNAEC FENN
51 : 497 - 503, 1962
- 53 - FANSLER WA, NEUMEISTER CA - Precancerous lesions of
the rectum and colon.
J LANCET 76(9)258-260, 1956
- 54 - FILLIPI - Sur l'hémogramme dans le diagnostic précoce
du cancer du rectum.
CONCOURS MED 82, 1960

- 55 - FILLIPI - Signes fonctionnels d'alarme du cancer du rectum.
CONCOURS MED
81 (21) , 1959
- 56 - FINSTERER H - 43 années d'expérience avec 942 cas opérés.
ARCH KLIN CHIR
279 : 367-378, 1954
- 57 - GABRIEL NB, DUKES C, BUSSEY HJR - Lymphatic spread in cancer of the rectum.
BRIT J SURG 23 ; 395, 1935
- 58 - GARRIZ R, STERCOBICH D, TROIANO R - Traitement chirurgical et statistiques du cancer anal, rectal et colique.
PRENSA MED ARGENTINA
48 : 272-275, 1961
- 59 - GILBERTSEN VA - Adenocarcinoma of the rectum : a 15 years study with evaluation of the results of curation therapy.
ARCH SURG
80 : 135-143, 1960
- 60 - GILBERTSEN VA - Incidences et lieux des récidives.
ANN SURG 151;340-348,1960
- 61 - GILBERTSEN VA - Results of surgical treatment in rectal neoplasm. 691 cases.
SURG GYNEC OBSTET
114 n°3313, 319
- 62 - GILCHRIST RK - Rectum and colon cancer ; current concepts and practices.
WORLD WIDE ABST GEN MED
4 : 34-35, 1961
- 63 - GODLOWSKI - Sur les epithelioma à petites cellules du rectum.
ARCH MAL APPAR DIG
47 (3) 207-208, 1958
- 64 - GOLIGHER JC - The operability of carcinoma of the rectum.
BRIT MED J 2;353, 1941
- 65 - GREGG R, CHAMBERLAIN BE - Survey of surgical management.
JAMA 170(2) 143-148, 1959
- 65 - GREGG R, CHAMBERLAIN BE - Survey of surgical management.
JAMA 170(2) 143-148, 1959

- 66 - Mc GREGOR JK, BACON HE - The surgical management of the mid and upper rectum, 699 cases.
ARCH SURG (Chicago)
85 : 807-812, 1962
- 67 - GUMMEL H & AL - Interrelations between delay of therapy and survival rate in carcinoma.
ACTA UN INT CANCR
19 : 1495-1496, 1963
- 68 - HERZFELD E & AL - Results of treatment of cancer of the rectum.
ACTA UN INT CANCR
19 : 1520, 1963
- 69 - HILLEMAND P et COLL - Le cancer du rectum chez le jeune.
PRESSE MED
72 : 1435-1436, 1964
- 70 - HOUDART C & COLL - Résultats du traitement chirurgical du cancer du rectum.
ANN CHIR 18:143-148, 1964
- 71 - HOUDART C & CHEVREL GP - Résultats lointains des amputations abdomino transanales du rectum.
MEM ACAD CHIR
89 n° 18-19, 1963
- 72 - HUGUES HSR - Carcinoma (of the rectum).
MED J AUSTRALIA
2 : 89-93, 1954
- 73 - HUGUES HSR - Results of surgical treatment in carcinoma of the colon and rectum.
BRIT MED J
n° 5348, 1963
- 74 - IMPERATI & COLL - Résultats fonctionnels des opérations conservatrices dans la chirurgie du cancer du colon gauche et du rectum.
ANN ITAL CHIR
40 : 105-116, 1963
- 75 - JEGOU - These med Lyon n° 218, Lyon, 1961
- 76 - KHOLDIN SA - Résultats de traitement chirurgical (dans le cancer du rectum) :
VESTNIK KHIR (n°3)
74 : 55-64, 1954
- 77 - KHOLDIN SA - Résultats à long terme après résection et exeresse pour cancer du rectum et de l'extrémité distale du sigmoïde.
ACTA UN INT CANCR
19 : 1521-1525, 1963

- 78 - KROLOCKI TA - History of cancer and its surgical treatment.
J INTERNAT COLL SURGEONS
25 : 265-632, 1956
- 79 - LAHEY FH - Carcinoma of the colon and rectum ; deduction from 800 operations.
ANN SURG 110 : 1, 1939
- 80 - LAQUA H - Resultats des amputations abdominosacrées du rectum (résultats tardifs).
ZBL CHIR 86:462-464, 1961.
- 81 - MC LEAN TC, ARMINSKI DW & BRALEY GT - Management of primary carcinoma diagnosed during pregnancy.
AM J SURG
90 : 816-825, 1955
- 82 - LEIBOVICI - Contribution à l'élimination de l'anūs iliaque dans le traitement du cancer du rectum.
ANN CHIR
n° 11 : 2 : 780, 1957
- 83 - LEVRAT M, WEGELIN JE - Cancer du rectum à l'extrême début.
ARCH MAL APPAR DIG
39 : 128-133, 1950
- 84 - LUCKARDT MUMMERY HE - Surgery in patients with advanced carcinoma of the colon and rectum.
DIS COLON RECTUM
2 (1) 36-39, 1959
- 85 - LOYGUE - Les cancers du rectum échappant au doigt et les examens complémentaires.
REV PRAT
8 (7) 715-716, 1958
- 86 - MAYO CW - Carcinoma of the upper portion of the rectum and rectosigmoid ; report of case.
PROC STAFF MEET MAYO
CLIN 35 : 8-10, 1960
- 87 - MAYO CW - Analysis of 5 years survival in carcinoma of rectum and rectosigmoid.
SUG GYNEC & OBSTET
103 : 94-100, 1956
- 88 - MANGANI - Relations entre les groupes sanguins et diverses affections chirurgicales.
POLICLINICO SEZ PRAT
64(29) 1049-1052, 1957

- 89 - MASON BL - Récidive pelvienne après exereses du rectum pour cancer.
BRITISH MEDICAL JOURNAL
n° 5348 : 13-18
- 90 - METZL J - Résultats précoces et tardifs du traitement chirurgical du cancer intestinal et rectal.
ZBL CHIR
84 : 1421-1425, 1959
- 91 - MONGES A - Diagnostic précoce du cancer rectal.
MARSEILLE MED
101 : 315-317, 1964
- 92 - MORSMANN R - Les risques opératoires de la chirurgie d'exereses du colon et du rectum ; revue de 516 cas.
HELVETICA CHIRURGICA
ACTA 24(5) 503-505, 1957
- 93 - MOUCHET A, MARQUAND J - A propos de 25 cas de tumeurs villeuses du rectum et du rectosigmoïde.
ARCH MAL APPAR DIG
49 : 1274-1285, 1960
- 94 - MOUCHET A, MARQUAND J, GARCIN JP, DEBURGES A - Etude d'une série de 275 cas de cancers ano-rectaux, 214 exereses.
ARCH MAL APPAR DIG
53(1-2), 1961
- 96 - MUIR EG - Results of treatment in carcinoma of colon and rectum.
BRIT MED J
2 : 742-746, 1956
- 97 - MURRAY JONES - Primary carcinoma of the rectum diagnosed during pregnancy.
MEDICAL JOURNAL OF
AUSTRALIA 44(2)20-797-799
1957
- 98 - NADLER SH & AL - Rectal carcinoma.
SURG GYNEC OBSTET
117 : 205-210, 1963
- 99 - OSNES S - Carcinoma of colon and rectum. Study of 353 cases with special reference to prognosis.
ACTA CHIR SCANDINAV
110 : 378-388, 1956
- 100 - OUGHTERSON AW, OTTENHEIMER EJ - Cancer of colon and rectum in Connecticut ; analysis based on 5572 proved cases.
NEW ENGLAND J MED
252 : 561-567, 1955

- 101 - PARTURIER ALBOT M - Aspects endoscopique et cliniques du cancer du rectum au début.
ARCH MAL APPAR DIG
48 : 750-762, 1959
- 102 - PERROTIN - Sur la résection antérieure du rectum et du rectosigmoïde.
MEM ACAD CHIR
87 : 645-655, 1951
- 103 - PETIGREW A - Le cancer du rectum et son diagnostic précoce, rançon d'une cure radicale.
UNION MEDICALE DU
CANADA 86 : 12, 1957
- 104 - PEYCELON R - A propos des cancers multiples successifs du tube digestif.
LYON CHIR
53 : 780-781, 1957
- 105 - PEYCELON R - Le traitement moderne du cancer rectosigmoïdien.
REV MED LYON (n° spécial)
19-22, 1963 - 10° journées
lyonnaises de médecine
- 106 - PEYCELON R, REPLUMAZ P, JEGOU Y - A propos de la rectosigmoïdectomie pour cancer statistique homogène de 155 cas.
LYON CHIR
58 (4) 481, 1962
- 107 - PHILIPS RB, DIXON CF - Advanced carcinoma of the colon and rectum.
PROC STAFF MEET MAYO
CLIN 16 : 182, 1941
- 108 - QUAN SH - Cancer of the rectum in octogenarian.
DIS COLON RECTUM
2(4)355-361, 1959
- 109 - RANKIN FW, BRODERS AC - Facteurs influençant le pronostic dans le cancer du rectum.
SURG GYNEC & OBSTET
46 : 660, 1928.
- 110 - RASMUSSEN T - Carcinoma ; therapeutic results : 1928-1946.
ACTA CHIR SCANDINAV
106 : 351-362, 1953
- 111 - REALES J - Choix d'opérations pour le cancer du colon et rectum.
DIA MED
32 : 2628-2634, 1960

- 112 - REMINGTON JH - Palliative in the management of carcinoma of the colon and rectum.
AMER J GASTROENT
35 : 234-242, 1961
- 113 - REMINGTON JH - Treatment of advanced carcinoma of the sigmoid and rectum.
DIS COLON RECTUM
7 : 30-38, 1964
- 114 - RIZK A - Cancer du rectum ; notions statistiques.
REV PRAT 8(7), 1958
- 115 - ROUX M - Résultats éloignés de la chirurgie du cancer rectal.
Actualités hépatogastroenterologique de l'Hôtel-Dieu 1955.
Paris 1955, MASSON 261-274
- 116 - RUTKOWSKI, ADAMSKI - Adenomatous polyps of the colon and rectum as precancerous lesions.
GASTROENTEROLOGIA (Basel)
86 (3), 1956
- 117 - SADLER RN, MC SWAIN B - Carcinomas of colon, rectum and anus.
ANN SURGEONS
21 : 975-988, 1955
- 118 - SAUBIER EG - Les cancers multiples du colon.
ANN CHIR
11 : 943-947, 1957
- 119 - SAUTOT J - Epithelioma rectal à l'apparence de tumeur vilieuse prolabé à l'anus.
LYON CHIR 57 : 141, 1961
- 120 - SCANLON PW - Symposium on physical agents used in treatment of ano rectal diseases ; radium and x-rays in treatment of malignant tumors of proctologic diseases.
AM J SURG
92 : 282-791, 1956
- 121 - SHALLENBERGER PL - Colon and rectal cancer under the age of forty five ; a report of five case in association with pregnancy.
GUTHRIE CLIN BULLETIN
26 : 87-93, 1956
- 122 - SCHWARTZ A - Anorectal fistula and cancer.
DIS COLON RECTUM
6 : 305-307, 1963
- 123 - SCHWARTZ E - Le cancer du rectum.
ZBL CHIR
86 : 447-459, 1961.

- 124 - SCUDAMORE - Value of periodic medical examinations following operation for carcinoma of the colon and rectum.
PROC STAFF MEET MAYO
CLIN 35 : 258-268, 1960
- 125 - SEIRO V - Cancer du rectum ; résultats de traitement.
ACTA CHIR SCAND
122 : 438-444, 1961
- 126 - DE STAERCCKE P - Les amputations abdomino perineales avec abaissement perineal.
ACTA CHIR BELG
59 : 183-199, 1960
- 127 - STEARNS MW - DEDDISH MR - Influence of size on prognosis of operable cancer of rectum and distal sigmoid.
CANCER 9 : 139-140, 1956
- 128 - STEARMS MW, BINKLEY GE - Palliative surgery.
CANCER 7 : 1016-1019, 1954
- 129 - STEARNS MW - Palliative surgery.
J AM GERIATRICS SOC
3 : 731-734, 1955
- 130 - MC SWAIN B, SADLER RN - Cancer of the colon, rectum and anus.
ANN SURG
155 : 782-793, 1962.
- 131 - SWINTON NW, COUNTS RL - Cancer of colon and rectum statistical study with ends results.
JAMA 161 : 1139-1142, 1956
- 132 - SWINTON NW, MOSZKOWSKI E - Cancer of the colon and rectum ; a statistical study of 608 patients.
SURGICAL CLINICS OF
NORTH AMERICA
39 (3) 745-752, 1959
- 133 - TAYLOR FW - Cancer of the colon and rectum ; a study of routes of metastases and death.
SURGERY
52 : 305-308, 1962
- 134 - TISEL E - Metastases hépatiques du cancer rectal.
VESTNIK CHIR.
82 (4) 61-66, 1959
- 135 - TOMPSON - Symposium on carcinoma of the rectum ; colostomy.
PROC ROY MED
52 (suppl) 49-51, 1959

- 136 - TUREL R - Cancer of the rectum ; editorial.
SURG GYNEC & OBSTET
114 : 363, 1962
- 137 - TYNDALL EC & AL - Pelvic recurrence of carcinoma of
the rectum.
SURG GYNEC OBSTET
118 : 47-51, 1964
- 138 - WANGENSTEEN OH - Cancer of the colon and rectum
and cancer detection.
J LANCET
84 : 109-110, 1964
- 139 - WARNER R - The rectal carcinoid.
SURG CLIN N AM
42 (5) 1243-1244, 1962
- 140 - WAUGH JM - 3 and 5 years survival following combined
abdominoperineal resection with sphincter preservation
and anterior resection for carcinoma of rectum and lo-
wer part of sigmoid colon.
ANN SURG
142 : 752-757, 1955
- 141 - WASS SH - Non radical procedures in the treatment of
carcinoma of the rectum.
PROC ROY SOC MED
52 (suppl) 51-52, 1959
- 142 - WENDT H - Evolution terminale des cancers du rectum.
ZBL CHIR
86 : 464-468, 1961
- 143 - WIESNER H - Valeur de l'anous artificiel dans le cancer
inopérable.
ZTSCHR GES INN MED
11 : 474-476, 1956
- 144 - WOLFROMM EF - Mucoid carcinoma of the colon and
ano rectum.
SURGERY
42 (5) 846-852, 1957
- 145 - YODICE - Notre expérience dans le cancer, spécialement
dans le cancer recto colique.
DIA MED
33 : 2233-2238, 1961.

TABLE DE MATIERES

	Pages
I - <u>Introduction</u>	1
II - <u>Etiologie</u>	3
fréquence	
âge et sexe	
groupe sanguin	
hérédité familiale	
lésions précancéreuses colique,	
III - <u>Bases anatomocliniques</u>	17
bases anatomiques	
bases cliniques	
IV - <u>Etude analytique de la durée de survie</u>	29
malades non opérés	
malades soumis à une intervention chirurgicale palliative	
malades soumis à un traitement radiothérapique curateur	
malades soumis à une intervention chirurgicale radicale	
survie globale dans le cancer du rectum	
V - <u>Essai d'interprétation pronostiques des éléments anatomocliniques</u>	75
éléments cliniques	
éléments anatomiques	
VI - <u>Conclusions</u>	97
VII - <u>Bibliographie</u>	99

VU
NANCY, le 7.11.1964
Le Président de Thèse
Professeur KISSEL

VU et approuvé
NANCY, le 10.11.1964
Le doyen,
Professeur A. BEAU

VU et Permis d'imprimer
NANCY, le 10.11.1964

Le Recteur de l'Académie
PRESIDENT du Conseil de l'Université
P. IMBS

